

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

31

(Diplôme Universitaire)

PAR

José R. FERNANDEZ GONZALEZ

Né le 10 Septembre 1908, à Ribadeo (Espagne).

Contribution à l'Étude
des
Hémorragies rétro-placentaires

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

José R. FERNANDEZ GONZALEZ

Né le 10 Septembre 1908, à Ribadeo (Espagne).

Contribution à l'Étude des Hémorragies rétro-placentaires

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1936



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PRÉDELIÈVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÉNÉQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER. .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ. . .	
PASTEUR-VAL-		VELTER.	
LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE.

*Grâce à vos sages conseils, à votre
volonté qui n'a jamais fléchi,
à votre tendresse infinie, à votre
esprit de sacrifice sans limite et à
toute épreuve, je peux aujourd'hui
présenter ce modeste travail.
C'est mon orgueil et mon honneur
de vous le dédier, il vous appar-
tient.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider notre thèse. Qu'il
trouve ici, en même temps que
l'assurance de notre profonde ad-
miration, l'expression de notre
reconnaissance la plus sincère.*

A MONSIEUR
LE PROFESSEUR AGREGÉ LANTUEJOUL
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de notre thèse. Qu'il trouve
ici l'expression de ma très profonde
admiration et de mon entier dé-
vouement.*

A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ECALLE
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaud
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous tenons à lui adresser l'hom-
mage respectueux de notre recon-
naissance pour tous les enseigne-
ments que nous avons puisés près
de lui, et pour la cordiale bienveil-
lance avec laquelle il nous a sans
cesse accueilli depuis le jour où
nous avons été son élève.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SUZOR
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qu'il trouve ici, l'expression de ma
profonde reconnaissance et de ma
gratitude.*

A MES MAITRES DE MES ANNEES DE STAGE

TROISIÈME ANNÉE

Chirurgie M. le Professeur Grégoire.
Pédiatrie M. le Docteur Grenet.

QUATRIÈME ANNÉE

Dermatologie et Syphili-
graphie M. le Professeur Gougerot.
Maladies nerveuses M. le Professeur Guillain.
Maladies infectieuses .. M. le Professeur Lemierre.
Obstétrique M. le Professeur Ecalle.

CINQUIÈME ANNÉE

Oto-Rhino-Laringologie . M. le Professeur Lemaltre.
Ophtalmologie M. le Professeur Terrien.
Psychiatrie M. le Professeur Claude.
Urologie M. le Professeur Heitz-Boyer.

AU MEDECIN CAPITAINE M. GONZALEZ ALVAREZ

Directeur de la Clinique 4-Septembre
Chirurgien de l'Hôpital militaire de la Havane
Chirurgien de la Clinique « La Inmaculada »
Membre de l'Académie de Médecine de la Havane
Médaille du 4 Septembre

*Vous avez été pour moi, un vivant
exemple de ce que devait être un
médecin : je m'efforcerai d'imiter
le courage et le désintéressement de
votre cœur.*

AU MEDECIN LIEUTENANT M. GALAINENA

AU DOCTEUR RAFAEL FERRER Y DEL CASTILLO

AU DOCTEUR PEDRO PONGILIONI

*Dont la franche amitié n'a jamais
fléchi.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE LA HAVANE

A MES CAMARADES D'ETUDES

INTRODUCTION

Nous allons passer une revue générale des hémorragies rétro-placentaires en insistant sur certains points qui nous paraissent à spécifier, mais surtout à étudier particulièrement trois points encore discutés du syndrome hémorragique :

- Ses formes cliniques,
- Sa pathogénie,
- Son traitement.

Voilà pourquoi nous pensons qu'il est intéressant de présenter la série continue des hémorragies rétro-placentaires survenues à la Clinique Tarnier du 1^{er} janvier 1924 au 30 novembre 1936, soit au cours des 13 dernières années.

De l'étude de ces 35 observations, dont les anciennes sont très incomplètes, nous n'avons pas la prétention de tracer des directives nouvelles ; et voilà pourquoi nous croyons que cette étude peut servir à démontrer la fréquence de quelques faits intéressants, soit au point de vue pathogénique, soit au point de vue séméiologique, et surtout qu'on peut en déduire une conduite à tenir, basée sur l'estimation de l'élément de gravité, que nous essayerons de mettre en valeur.

Tel est le but de notre travail.

Nous diviserons ce travail en six chapitres, comme suit :

- Premier chapitre : Historique,
- Deuxième chapitre : Anatomie Pathologique,
- Troisième chapitre : Etiologie,
- Quatrième chapitre : Pathogénie,
- Cinquième chapitre : Etude Clinique,
- Sixième chapitre : Traitement.

CHAPITRE I.

HISTORIQUE

L'hémorragie rétro-placentaire semble avoir été méconnue de tous les auteurs classiques qui ont précédé le 17^e siècle.

La cause de ce silence est peut-être due à ce fait que pendant de longues années l'obstétrique fut reléguée parmi les arts manuels et confiée aux mains des matrones.

En 1621, Guillemeau semble avoir été le premier à l'observer, il écrit : « Le sang peut aussi sortir ou de l'arrière faix, ou des veines qui s'abouchent avec iceluy par lesquelles l'enfant prend la nourriture, étant dans le ventre de la mère; elles se déchirent par quelques violents mouvements, saut, chute, coup, toux. »

Moriceau en 1668 parle du décollement possible du placenta par brièveté du cordon.

Puis Primerose et Portal, en 1675, s'occupent des pertes internes qui surviennent pendant les derniers moments de la grossesse.

La première description vraiment classique de ce genre d'hémorragie est donnée par J.-L. Beaudelocque en 1796 dans son « Traité sur l'art des accouchements ». indiquant la possibilité d'hémorragie mixte ou seulement interne.

La mort de la Princesse Charlotte de Galles, en 1817, d'une hémorragie de la délivrance, remet la question à l'ordre du jour. L'Académie de Médecine de France offrit en 1818 un prix au meilleur essai sur ce sujet. L'ouvrage de Beaudelocque neveu fut couronné et la médaille d'argent fut décernée à Mme Boivin.

Cette circonstance montra d'une façon manifeste le peu de fréquence de ces pertes, car, dans son essai, Mme Boivin les repousse formellement. « L'hémorragie utérine, dit-elle, avant la sortie du fœtus ne peut être assez considérable pour détruire entièrement les secondines; elle ne saurait être assez abondante, dans ce cas, pour occasionner la mort de la femme, il est même impossible que la perte ait lieu à un degré considérable sans qu'elle se manifeste au dehors, parce que, si peu ouvert que soit l'orifice, il est toujours assez pour permettre l'écoulement du sang. »

Mme Lachapelle, en 1821, et Velpeau, en 1829, nièrent la possibilité de tels accidents.

Jacquemier, en 1846, dans un travail important, donne une description exacte des hémorragies qui prennent naissance au niveau de l'aire placentaire et étudie des causes qui font que l'hémorragie reste interne. De plus, il entrevoit le rôle de l'hypertension locale. Les observations d'H.R.P. se multiplient : Braxton Hicks, en 1860, en rapporte 23; Goodell dans un mémoire d'ensemble 106; Chantreuil, en 1881, indique les relations entre la néphrite et les hémorragies rétro-placentaires.

Winter, en 1885 et en 1889, produit des pièces anatomiques tout à fait démonstratives.

Puis Tarnier (cours à la Faculté en 1887), Budin (clinique de la Charité, en décembre 1887) étudient la question.

Pinard et Varnier, en 1892, montrent les coupes d'un utérus gravide présentant un H.R.P.

Bar, en 1906, communique à la Société d'obstétrique l'observation d'une femme morte d'hémorragie rétro-placentaire à l'autopsie de laquelle il trouve des lésions hépatiques identiques à celles que l'on voit chez les éclamptiques.

M. Brindeau montre la fréquence des lésions éclamptiques du placenta.

Pinard d'abord, et avec son élève Varnier ensuite, donnent une description trop schématique des signes d'hémorragie interne en ayant soin d'insister entre autres symptômes sur la dureté ligneuse de l'utérus et du segment inférieur, que nous considérons encore comme primordiale.

En résumé à leur tableau clinique, il ne nous reste pas de grandes modifications à faire.

Au point de vue anatomie pathologique, les infiltrations hémorragiques du muscle utérin de différents degrés auraient été signalées ou entrevues par certains auteurs, tel Ribemont-Dessaignes et Le Lorier, Bar et Kervilly.

Mais c'est M. le Professeur Couvelaire qui, dans une mémorable communication à la Société d'obstétrique de France, le 5 octobre 1911, la désigne sous le nom d'Apoplexie utéro-placentaire. On l'a signalée sous le nom d'infarctus hémorragique (Kolisko), hémorragie toxhémique *ante partum* (Fitzgibbon); mais aujourd'hui, on a généralement adopté le nom d'« apoplexie utéro-placentaire ».

Depuis, cette question a été étudiée par Essen-Möller, W-Williams, Shaw, Ley et Wilson et récemment Mestre.

Au point de vue thérapeutique, le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire fut d'abord purement obstétrical ; bientôt certains cas furent traités chirurgicalement, rarement on pratiquait l'hystérectomie, qui depuis une trentaine d'années est faite plus couramment.

Lévy-Solal, dans sa thèse de 1911 préconisant avant tout la rupture des membranes, concluait : « Le traitement chirurgical n'est indiqué que très exceptionnellement dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré », mais ce n'était là qu'une première étape dans l'évolution des idées.

En effet, en 1922, Portes, dans sa thèse, concluait que le seul traitement était le traitement chirurgical, souvent radical.

Il base ses conclusions sur 72 observations recueillies dans la littérature du monde entier, et sur les preuves anatomiques dont les signes cliniques pouvaient faire soupçonner le diagnostic, mais que la certitude ne pouvait être vérifiée que sur la table d'opération ou d'autopsie.

Mais cette conclusion de Portes ne fut pas admise par tout le monde sans réserve.

En 1928, Anderodias conseille de recourir soit aux méthodes obstétricales, soit aux méthodes chirurgicales, mais dans des cas absolument tranchés.

En 1930, Balar et Mahon, en basant la conduite à tenir sur divers éléments de gravité, attachent une particulière importance à la valeur de la contractilité utérine, recherchée par l'épreuve du travail, après la rupture des membranes.

Cathala, dans sa communication du 6 mai 1935, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, revient sur le traitement obstétrical, même dans le cas d'apoplexie utéro-placentaire, et dit : « Les interventions obstétricales ont donné un meilleur résultat que l'hystérectomie, la voie vaginale n'est donc pas à rejeter d'une façon absolue dans les hémorragies rétro-placentaires, avec apoplexie utérine. Elle semble au contraire fréquemment indiquée et si une femme succombait après une intervention basse, il ne faudrait pas considérer comme

fautif le médecin qui ne l'aurait pas opérée, ou faite opérer. »

Pour lui, l'opération abdominale n'est indiquée que si l'intervention obstétricale se présente comme devant être longue et pénible. « La basiotripsie est l'opération de choix quand le fœtus après réduction peut être extrait rapidement, sans risque de rupture du segment inférieur. »

Enfin, Portes dans un mémoire à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (Gyn. et Obst., 5 mai 1935, page 694), en se basant sur 12 observations qu'il apporte, est d'accord pour le traitement obstétrical dans les cas d'hémorragie rétro-placentaire, quand l'accouchement peut se produire par les voies naturelles, mais en étant prêt à intervenir d'urgence en cas d'une hémorragie secondaire se produisant, car elle est souvent symptomatique d'une apoplexie utérine, et il faut redouter l'inertie utérine habituelle dans ces cas.

Quand on ne peut pas escompter un accouchement par les voies naturelles, il faut rejeter la voie basse et intervenir par voie haute; l'hystérectomie est l'opération de choix, car elle seule permet d'assurer l'hémostase immédiate et tardive, et a en outre l'avantage, comme le pense Marc Rivière, de débarrasser la malade d'un foyer d'intoxication progressive.

Et il pense avec M. le Professeur Couvelaire qu'on ne doit pas regretter de sacrifier un utérus apoplectique car, suivant leur statistique, sur 22 femmes ayant eu des hémorragies rétro-placentaires, 60 gestations ultérieures se sont produites ayant donné au maximum 15 enfants vivants. Une seule de ces gestations sur quatre aboutit favorablement.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons passer en revue cette étude, en suivant le schéma fait par Portes dans sa thèse de 1922.

Nous étudierons d'abord l'examen macroscopique et ensuite l'examen microscopique.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Dans les cas légers.

Dans ces cas, les lésions anatomiques sont peu importantes. On y trouve quelquefois des taches ecchymotiques, punctiformes, ne dépassant pas la zone placentaire et situées au-dessous du péritoine.

Des cas semblables ont été observés par différents auteurs.

Placenta.

Le placenta est toujours partiellement ou totalement décollé.

Pour Portes, on le trouve totalement décollé dans 71,5 %, partiellement décollé dans 28,5 %.

Cependant Davis and Mc Gee donne 112 cas de décollement partiel et 52 cas de décollement total sur 40.000 accouchements.

Quelquefois le placenta se présente avec des caractères très nets, qui lui ont valu le nom de « Placenta incrusté ».

Dans d'autres cas, plus fréquents, c'est un gros caillot récent qu'on trouve à la face utérine du placenta : cette face utérine est déprimée, en cupule, sur une étendue plus ou moins grande de sa surface ; cette cupule résulte du tassement du tissu placentaire par l'hématome. A ce niveau, l'épaisseur du parenchyme peut être réduite à quelques millimètres.

On peut rencontrer quelques noyaux hémorragiques, inconstants d'ailleurs. Mais même dans les cas graves, on est frappé par l'opposition qui existe entre l'importance des lésions utérines et annexielles, et la relative intégrité du placenta.

Cette notion sera confirmée par l'examen hystologique.

Hémorragie.

Il y a plusieurs degrés, allant d'une légère hémorragie formant un simple caillot restant incrusté dans le placenta, jusqu'à l'hémorragie quelquefois très importante dont le poids de certains caillots géants a pu arriver jusqu'à 1.500 gr.

Cette hémorragie en fusant au delà du placenta décolle les membranes, en donnant une hémorragie mixte.

Mais il ne faut pas croire qu'en trouvant une hémorragie externe on est en présence d'une forte hémorragie interne, car il y a des hémorragies internes relativement peu importantes avec écoulement de sang à l'extérieur ; cela s'explique, le placenta étant inséré dans les limites que nous connaissons comme normales, avec insertion latérale assez basse. En même temps que l'hémorragie aurait commencé près de l'insertion des membranes.

On peut observer également la coïncidence d'une H.R.P. compliquée d'une insertion basse du placenta (placenta praevia).

Dans d'autres cas, il peut y avoir une hémorragie assez importante ; placenta décollé dans une étendue assez considérable, sans arriver à décoller les membranes, tout au moins dans toute sa longueur.

Dans les cas moyens.

On peut déjà reconnaître un certain degré d'apoplexie utérine, l'aspect des organes génitaux internes est caractéristique ; on voit des suffusions sanguines, de tous les types et grandeurs : parfois, ce sont de petites taches ecchymotiques qui se localisent dans les couches sous-séreuses ; dans d'autres cas, ce sont de grands hématomes qui laissent à peine entre eux quelques îlots de tissu sain ; dans l'utérus, l'hémorragie se localise dans le fond, coïncidant parfois à l'insertion du placenta, mais très souvent elle déborde de l'insertion, s'étendant aux faces utérines et plus fréquemment encore au niveau des bords utérins, là où les ligaments larges prennent leur origine.

Ces plaques ecchymotiques ont une coloration qui peut aller du rouge sombre au noir.

Il rappelle par son aspect bigarré les tumeurs ovariennes ou utérines à pédicules tordus (Couvellaire, Shannon, Essen-Möller, Williams). Le segment inférieur est plus rarement infiltré de sang.

Malgré la proéminence des lésions au niveau des gros vaisseaux et de l'insertion du placenta, aucune localisation n'est absolue.

Dans les cas graves.

Non seulement nous trouvons des lésions utérines très étendues, mais les organes contenus dans le petit bassin

sont envahis par des lésions hémorragiques, cependant moins intenses que celles décrites pour l'utérus.

Les ligaments larges peuvent être distendus par le sang contenu dans leur intérieur, surtout au niveau de leur bord utérin, et de leur base.

Dans les trompes, moins d'ecchymoses que dans l'utérus mais, ces lésions sont comparables à celle du muscle utérin.

Et enfin, dans les ovaires, les lésions sont moins fréquentes que dans les trompes, mais avec un type différent, caractérisées par de nombreuses petites hémorragies punctiformes criblant leurs deux faces et le mésovarium.

Dans les cas très graves.

Heureusement rares d'ailleurs, on trouve des lésions encore plus étendues.

En avant, les ecchymoses peuvent atteindre le péritoine vésical, et même le vagin. Ces lésions ont été aperçues en entr'ouvrant la vulve.

Latéralement et en arrière, elles peuvent fuser dans les fosses iliaques internes, derrière le cæcum, au delà du méso-sigmoïde, sous forme de larges plaques hémorragiques, pouvant aller même jusque dans la région lombaire.

Dans d'autres organes.

En dehors des hémorragies que nous venons de signaler dans l'appareil génital et périnéo-génital, on peut les rencontrer dans d'autres organes, évidemment dans des cas très graves. Portes les trouve dans le diaphragme : deux fois, péricarde : 1 fois ; endocarde : 1 fois ; méninges cérébrales : 1 fois ; muqueuse gastrique : 2 fois ; et surrénales : 1 fois.

Plus fréquemment dans le foie, qui a été trouvé par Bar et Kervily, Ley, Fordyce, Couinaud et Wilson.

Elles se manifestent par des hémorragies sous-capsulaires et des lésions dégénératives siégeant dans le parenchyme du foie.

Ainsi que dans le rein, ce qu'on trouve, ce sont des lésions soit de néphrite aiguë, soit de néphrite chronique.

Est-ce que ces lésions ne précèdent pas plutôt la maladie?

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure que ces lésions sont très inconstantes.

A la laparotomie. — Dans les cas d'apoplexie utéro-placentaire, l'attention est attirée quelquefois par la présence d'un épanchement intra-abdominal variable dans son aspect, ou bien on y trouve un liquide séreux, d'autres fois séro-sanglant et parfois de sang pur.

Variable aussi dans son abondance, allant de quelques grammes à une quantité assez importante, Mac Nair a trouvé 720 grammes de sang pur.

Dans sa statistique, Wilson nous donne un grand pourcentage d'hémorragies péritonéales, sur 31 cas où l'on peut vérifier le fait; 22, c'est-à-dire 71 %, permirent de constater la présence du sang en liberté, et parfois dans les quantités qui dépassent 1 litre.

Quand il s'agit de liquide sanglant, et surtout de sang pur, on trouve des fissures péritonéales, siégeant où les lésions d'apoplexie sont à leur maximum. (Pour Fraipont, elles se trouvent en général sur la zone d'insertion placentaire) presque jamais dans le ligament large.

On donne 15 % de fréquence au cours de l'apoplexie utéro-placentaire.

Lésions fœtales.

Le fœtus peut présenter un épanchement péritonéal teinté de sang, ou de simples suffusions sanguines sous-péritonéales.

Dans l'ensemble, ces lésions n'ont rien de spécifique; on peut en rencontrer d'identiques chez tous fœtus ayant succombé à l'asphyxie ou d'infection.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Au niveau du muscle utérin.

a) Dans les cas légers, en général, pas de lésions (quelques petites ecchymoses).

b) Dans les cas moyens, graves et très graves, que nous avons décrit dans cet ordre, nous allons les étudier dans leur ensemble, car la lésion est la même, mais plus ou moins accentuée.

Hémorragies.

La lésion qui domine est l'infiltration sanguine du miomètre, les espaces conjonctifs inter-fasciculaires du muscle sont occupés par de véritables collections sanguines. Il est à remarquer que quelquefois ces hémorragies paraissent plus ou moins anciennes. D'ailleurs, Mestre avait dit : « L'aspect du sang est divers; dans quelques endroits, les globules rouges se présentent bien conservés, tandis que dans d'autres ils ont déjà souffert des altérations en rapport avec l'époque distincte dans laquelle s'est produite l'hémorragie. On observe aussi, disséminés, des quantités de pigments ferriques qui, parfois, sont contenus dans l'intérieur des grandes cellules macrophages. Il serait difficile de préciser la date de l'apparition des premières lésions, mais les modifications que le sang a subies font penser qu'elles ont pu avoir leur origine assez longtemps avant que se soient présentés les signes physiques. »

On est frappé par le fait que les lésions hémorragiques de l'utérus ne soient pas plus marquées aux endroits

paraissant plus atteints; il semble que le sang, en s'infiltrant entre les faisceaux musculaires, les dissocierait, mais il est vrai que cette infiltration étant constante, et par contre la dissociation existe.

L'œdème.

Celui-ci existe d'une façon constante; il a été décrit par Couvelaire, William (on ne le trouve évidemment qu'où il n'y a pas d'hémorragie).

Ne serait-ce pas plutôt cet œdème inter-fasciculaire qui provoquerait cette dissociation? (Anderodias). Pour Mestre, l'œdème avec l'hémorragie contribuerait à produire des altérations dans la disposition des faisceaux musculaires. Il est d'ordinaire plus abondant, dans le voisinage des foyers hémorragiques, mais souvent il ne garde aucune relation avec eux; il est plus marqué dans la région sous-séreuse du miomètre; sa topographie dépasse en général de beaucoup celle de l'hémorragie.

Infiltration leucocytaire.

Cette infiltration est inconstante, et de topographie variable, suivant les différents auteurs qui l'ont rencontrée (Von Weiss, Couvelaire, Zarate, Seitz), mais il faut se méfier car les mêmes lésions peuvent être rencontrées normalement chez les multipares âgées.

Modification des tissus musculaires.

Elle n'est pas constante, rencontrée par différents auteurs (Wilson, Ley, Mazzini, King, Fordyce, Jonhson, Couvelaire, Mestre). Mestre attribue une grande importance au temps écoulé entre l'apparition de l'hémorragie et la date où se constatent les lésions microscopiques. Quand cette période est très courte, il est évident qu'il n'y a que très peu d'altération dans la nutrition des tissus.

L'endroit où l'on observe les plus grandes altérations est en rapport avec l'endroit de l'hémorragie. Couvelaire pense logiquement que c'est à l'hémorragie que sont dues les modifications de la nutrition des tissus musculaires, bien qu'elle ne se trouve qu'entre les faisceaux et les dissocie.

Pour Ley, au contraire, la dégénérescence des fibres musculaires serait primitive, en ayant le même point de départ que l'hémorragie, c'est-à-dire à une cause que l'on attribue aujourd'hui à un toxique; en faveur de cette théorie, on trouve en effet des lésions musculaires loin de tout foyer hémorragique et œdémateux.

Au niveau de la muqueuse.

Hémorragies.

Couvelaire, ainsi que d'autres auteurs, décrivent dans la muqueuse des foyers hémorragiques qui peuvent s'étendre en dehors de la zone placentaire. Couvelaire dit : « Au niveau de l'insertion placentaire, la muqueuse n'est plus reconnaissable; elle n'est constituée que par de gros amas hémorragiques comblant les cavités glandulaires très dilatées; on devine mal d'ailleurs le revêtement de ces glandes. Au milieu de cette suffusion considérable, on trouve des traînées de cellules déciduales. »

Infiltration leucocytaire.

Trouvée par quelques auteurs, niée par d'autres qui n'ont pas pu la constater, on pourrait en conclure qu'elle est au moins très inconstante, et surtout, comme dit Portes : « L'infiltration leucocytaire n'apparaît pas comme spécifique, attendu qu'elle est banale dans l'utérus des multipares. »

Lésions dégénératives.

Elles seraient plus importantes, et se traduiraient par un épaissement des cellules déciduales, siègeraient au niveau de la basale, et empêcheraient le placenta de fonctionner.

Lésions vasculaires.

A côté des lésions du muscle utérin, et de la muqueuse, que nous venons de décrire, on trouve également des lésions des vaisseaux. Ici, les opinions sont partagées quant aux modifications subies par les vaisseaux.

Décrites par Williams, qui trouve des lésions à type d'endartérite, dans 2 cas constatés par Seitz et Morse, et notées par Couinaud, mais ces lésions d'endartérite ne semblent pas différer beaucoup de celles de l'utérus des multipares.

Par contre, pour la plupart des auteurs comme Berggren, Essen-Möller, Alhtrön, Weiss, Fraipont et Couvelaire, les parois vasculaires ne présenteraient aucune altération. Pour Couvelaire et Brouha, ainsi que pour son élève Portes : « L'infiltration hémorragique résulte d'une effraction des capillaires. »

Mestre, quoiqu'il trouve un épaissement de la couche interne des artères, des veines et une dilatation des sinus veineux, et n'a pas trouvé de solution de continuité, pense que le sang s'extravase par une « véritable diapédèse » à travers des vaisseaux ; hypothèse qui serait confirmée par la présence de pigments ferriques dans les parois mêmes des artères.

Enfin, Ley et Mazzini décrivent des thromboses. Young, dans un cas, trouve une thrombose massive des veines ovariennes gauches, tandis que les vaisseaux utérins étaient normaux. Mais ces lésions, qui ont été recherchées par d'autres auteurs, n'ont pu être constatées.

Placenta.

On a décrit des infarctus de différents temps d'évolution. Mestre trouve dans un seul cas une thrombose hyaline abondante, dans quelques espaces sanguins, intervilleux. On a décrit aussi des infiltrations de cellules rondes, etc...

Comme l'observe Essen-Möller, aucune lésion du placenta ne paraît spéciale aux hémorragies rétro-placentaires.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Si on passe en revue les statistiques de divers auteurs, on s'aperçoit que la fréquence de l'hémorragie rétro-placentaire est diversement appréciée. Cela est dû sans doute à ce que l'on tient compte ou non des petits décollements qui ne donnent pas de symptômes cliniques appréciables, et que bien des fois le diagnostic a été rétrospectif.

Mme Henry et Tissier donnent la proportion de 1 pour mille. Goodell trouve trois cas d'hémorragie rétro-placentaire pour 22.498 accouchements. Pinard a vu 51 cas en vingt années à la Clinique Beaudelocque. Meyer, de Copenhague, donne une moyenne de 0,5 pour cent. Essen-Möller donne 0,45 pour cent. A la Clinique Tarnier, en six ans, de 1908 à 1914, on a vu 15 cas sur 11.716 accouchements, soit 0,13 pour cent. Plus récemment, à la Clinique Beaudelocque, Couvelaire porte sur 55 observations, rapportées sur 53.000 accouchements, soit 0,10 pour cent. De Bernardy, dans sa thèse, apporte 18 cas sur 7.322 accouchements en deux années, soit 0,25 pour cent.

Les statistiques américaines et anglaises donnent les chiffres suivants :

Noms	Total d'acc.	N. des H.R.P.	%
Brodhead	16.500	34	0,20
Goethals	12.032	128	1,06
Wings	60.000	164	0,27
Polak	4.878	16	0,32
Harrar	100.000	254	0,25
Fitzgibbon	55.000	115	0,20
Davis-Mc Gee	40.000	164	0,41

Nos recherches à la Clinique Tarnier nous ont permis de mentionner que, du 1^{er} janvier 1924 au 30 novembre 1936, sur 27.093 accouchements, il y avait eu 35 cas d'hémorragie rétro-placentaire, soit 0,13 pour cent.

Au point de vue de l'âge de la grossesse. — On rencontre l'hémorragie rétro-placentaire à partir du 6^e mois, et c'est en général surtout dans les deux derniers mois qu'on l'observe. Il est probable que l'absence de l'hémorragie rétro-placentaire avant le 6^e mois de la grossesse tient à ce fait que les décollements placentaires qui se font à cette période aboutissent à l'avortement ou bien que les symptômes ne permettent généralement pas de la distinguer d'un avortement.

Statistique de différents auteurs à ce sujet :

Auteurs	Cas	AU COURS DU				9 ^e mois et vol- sinage du terme
		6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois		
Portes	57	1	4	10		42
Bartholomew ...	61	—	10	15		36
Horden	59	6	16	19		18
Nous	35	4	11	13		7

Donc, d'après ce tableau, c'est à partir du 8^e mois que l'hémorragie rétro-placentaire est plus fréquente.

Au point de vue de l'âge de la malade : Portes donne une moyenne de 32 ans; plus jeune : 17 ans; plus âgée : 42 ans.

Pour Horden, la moyenne serait de 30 ans, dont 16 ans la plus jeune et 44 ans la plus âgée.

Pour Bartholomew (Américain), sur 61 cas qu'il a eu de 1918 à 1928, la moyenne était de 30 ans.

Pour nous, la moyenne est de 31 ans, expliquée de la façon suivante :

Entre 15 et 24 ans	8
— 25 et 34 —	17
— 35 et 44 —	10

Dont la plus jeune avait 20 ans et la plus âgée 42 ans.

Au point de vue de la partie. — C'est chez les multipares qu'on rencontre l'hémorragie rétro-placentaire le plus souvent, comme l'ont démontré les différents auteurs dans les statistiques suivantes :

Brodhead	34 cas	21 %	de primipares
Goethals	128 —	30,5 %	—
Polak	16 —	18,8 %	—
Harrar	254 —	30,7 %	—
Fitzgibbon	115 —	14 %	—
Davis Mc Gee	164 —	27 %	—
Portes	69 —	27 %	—
Nous	35 —		

Si on prend les primigestes primipares, nous en avons 16 sur 35 cas, donc 45,7 % de primipares; mais si on prend les multigestes, primipares, nous en avons 18 sur 35 cas, dont 51,4 % de primipares.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

L'hémorragie rétro-placentaire coexiste toujours, comme nous avons vu plus loin, avec un décollement partiel ou total du placenta. Mais il nous semble que cette hémorragie rétro-placentaire et ce décollement du placenta seraient sous la dépendance d'une cause traumatique ou inflammatoire pour les cas bénins, et une cause toxique pour les cas graves.

Mais évidemment, une hémorragie rétro-placentaire, due à une cause traumatique ou inflammatoire, peut être compliquée d'une toxémie, en faisant alors le tableau d'une hémorragie rétro-placentaire grave ou apoplexie utérine, comme c'est le cas très démonstratif de Kurzrock contrôlé à l'autopsie.

Nous allons étudier dans quatre chapitres différents :

- 1° Les causes traumatiques;
- 2° Les causes inflammatoires;
- 3° Les causes toxiques;
- 4° Les causes indéterminées.

I. CAUSES TRAUMATIQUES

Anciennement, la seule étiologie admise était les traumatismes. On parlait aussi du raptus congestif, résultant d'une violente émotion de terreur (Herbert, Spencer,

Bonnaire) ou de colère. Lelong, dans sa thèse, a pu réunir 15 cas dont les traumatismes pouvaient être invoqués. Depuis Voron. en a rapporté une observation assez nette. Lepage et Champetier de Ribes une autre; Portes, dans sa thèse, a relevé 3 cas de traumatismes, mais ils coexistaient avec des signes de toxémie gravidique, et ceci lui fait penser qu'on ne doit pas retenir les traumatismes comme cause habituelle. Horden se range à la même opinion, car il a eu 3 cas semblables.

Dans ces dernières années, différents auteurs : Claverie et Audebert, Fetis Anglade et Solas, ont présenté aussi des cas très démonstratifs à ce sujet.

Mais la plupart des observations qui ont été présentées en faisant jouer le rôle étiologique des traumatismes ne nous disent pas s'il y avait des lésions de métrite ou d'endométrite préexistantes.

Les traumatismes, il est vrai, jouent un rôle incontestable dans la production de certaines hémorragies rétro-placentaires. Mais il est aussi vrai que les cas dus aux traumatismes purs sont exceptionnels, car nous pensons, comme d'autres auteurs, que la plupart surviennent sur une muqueuse malade, donc le traumatisme ne fait que déclencher les accidents.

Nous les diviserons en deux groupes pour les étudier :
Traumatismes directs ou externes.

Traumatismes indirects ou internes.

Les premiers sont en général plus fréquents que les seconds : chute dans un escalier, sur l'angle d'un meuble, coup de poing, coup de pied, etc..., et paraissent s'observer surtout sur la placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus.

Les deuxièmes ont incriminé la brièveté du cordon, la torsion de l'utérus, les manœuvres intempestives comme la version, etc..., ainsi que la décompression brusque due à l'hydramnios et à la grossesse gemellaire.

Brièveté du cordon.

Des auteurs comme Ahlström, Essen-Möller ont attiré l'attention de l'impossibilité de décoller le placenta en tirant sur le cordon sans le rompre. Cependant, les cas ont été observés par Pinard et Varnier, Fraipont. Récemment, par Polak, Audebert, Guirauden.

Evidemment, il faudrait voir si, dans ce cas, on avait à faire à une brièveté absolue, ou relative, car, comme fait remarquer Portes, nous voyons couramment des brièvetés relatives sans qu'elles entraînent des décollements du placenta. (Ici, nous insistons encore sur ce point. Existait-il un passé gynécologique?) Enfin, si ce cas existe, il est très exceptionnel et son rôle est très discutable.

La torsion de l'utérus.

S'il est admis que la torsion de l'utérus gravide entraîne le décollement du placenta, la plupart des auteurs n'admettent pas qu'elle soit capable d'amener une apoplexie utéro-placentaire. Mais l'observation de Mazzini, Glynski, et dernièrement les cas d'Anderodias et Mahon (1933) sont assez démonstratifs. Portes, en se basant sur les expériences de Morse et sur l'absence de la torsion de l'utérus dans les 72 observations publiées dans sa thèse, ne croit pas à la possibilité de cet accident.

Cependant, les Américains admettent parfaitement le rôle de la torsion dans la production des apoplexies utéro-placentaires; et Polak, assez récemment, écrit : « La cause la plus fréquente après la toxémie est la torsion de l'utérus. »

Anderodias et Mahon, dans leur communication, contestent les bases de conclusion de Portes à ce sujet, que le fait de ne l'avoir pas trouvé dans 72 observations n'est pas convainquant, et que les expériences de Morse sont

fausses puisque : « Dans la lapine, l'utérus bicorne est tellement différent de celui de la femme, en structure et disposition, incomparablement plus court, et plus mobile, qu'il est impossible de conclure ainsi. »

Pour notre part, nous ne l'avons pas rencontrée sur les 35 observations que nous publions; il nous semble que, si elle existe, elle est exceptionnelle.

II. CAUSES INFLAMMATOIRES

Soutenue par Weiss, Schickèle, Seitz, Faure, Biancardi, cette théorie inflammatoire a été reprise par Metzger dans les *Leçons du jeudi soir à Tarnier* (1925).

Les auteurs précédents se basaient sur une infiltration leucocytaire qu'ils avaient trouvée au niveau de la caduque et sur le muscle utérin. Maslowsky a pu même trouver le gonocoque au niveau de la caduque malade.

D'autre part, Engström, Ahlström, Essen Möller et Williams ne l'ont pas signalée. Couvelaire et Portes l'ont cherchée et ne l'ont pas trouvée, mais Portes conclut en admettant qu'elle peut exister dans le décollement du placenta, tout en affirmant qu'elle n'est pas spécifique. Et il ajoute : « Les lésions inflammatoires du placenta et de la caduque ne sont ni constantes ni spéciales à l'apoplexie utéro-placentaire. » Horden, de son côté, se range aux idées de Portes, mais il avoue : « Dans aucune des observations que nous avons colligées, il n'est signalé d'antécédents métritiques. »

Dans ces dernières années, différents auteurs ont présenté des cas assez démonstratifs; Metzger, dans sa leçon des Hémorragies inter-utéro-placentaires, qu'il a faite à la Clinique Tarnier (1925), apporte 4 cas dont 3 surtout nous semblent assez nets.

Holmes est d'accord pour l'endométrite comme cause très fréquente de l'hémorragie rétro-placentaire.

Debernardy, dans sa thèse, apporte deux observations

sur dix, dans lesquelles une présentait une métrite certaine, l'autre des lésions cotylédonnaires et des pertes anciennes, et il dit : « Nous font penser à la possibilité d'une lésion inflammatoire ayant joué un rôle actif dans le décollement placentaire. Il est à remarquer d'ailleurs que dans ces deux observations on ne peut trouver d'autre cause au décollement placentaire. »

Goldemberg, dans sa thèse, page n° 11, apporte une observation de Couvelaire, avec étude histologique de décollement du placenta consécutif à une version par manœuvres externes, et le Professeur Couvelaire même conclut en disant qu'il faut considérer ce cas comme un décollement traumatique du placenta, mais qu'il faut remarquer : « Il est possible que la légère infiltration, vraisemblablement inflammatoire, de la caduque ait favorisé le décollement. »

Dans l'observation, on ne signale pas si la malade a un passé gynécologique.

Cette observation de Couvelaire vient corroborer ce que nous avons dit en parlant des traumatismes comme déclencheurs des accidents sur une muqueuse malade.

Pour notre part, nous pensons que les observations n°s I, X, XIII, XXIII, XXXI et XXXV sont assez nettes pour les ranger dans cette catégorie.

Les observations IX et XIV aussi, malgré que les malades aient présenté de l'albumine seulement au moment du travail.

Les observations XV, XVI et XX pourraient être aussi cataloguées dans ce cadre, car ce sont des cas bénins; mais malheureusement les observations sont incomplètes.

Dans un article de Riehl, de Strasbourg, on voit l'hémorragie rétro-placentaire coïncider avec un placenta prævia, dont la pathogénie est discutée, mais qui vraisemblablement est un placenta d'endométrite.

Ce cas, nous l'avons observé dans les observations n^o XI, XXI, XXXI.

Et, pour notre part, nous croyons que dans les cas légers, l'endométrite joue un rôle primordial, de quelle origine qu'elle soit; mais l'endométrite gonococcique est la plus fréquente.

Il faudrait systématiquement rechercher les antécédents métritiques des femmes enceintes et faire le contrôle histologique chaque fois qu'il serait possible, pour pouvoir tirer une conclusion favorable ou défavorable.

III. CAUSES TOXIQUES

La toxémie est, sans aucun doute, la plus importante, sinon la seule en cause, des hémorragies rétro-placentaires graves, ou apoplexie utéro-placentaire.

Cette toxémie, comme dit Portes : « N'est autre que ce qu'on rattachait jadis à l'urémie, que ce que M. le Professeur Pinard désignait sous le nom d'*hépatotoxémie*, que ce que M. le Professeur Bar désignait sous le nom d'*éclampsie*. »

Le petit tableau qui suit va démontrer combien de fois la toxémie a été rencontrée par différents auteurs, ainsi que l'association d'éclampsie et d'hémorragie rétro-placentaire :

Auteurs	Cas	Toxémie	Eclampsie
		%	%
Goethals	128	24,2	4,7
Polak	16	43,7	
Fitzgibbon	115	86,9	
Davis Mc Gee	164	56,6	0,6
Burgers	8	20	
Kraul	27	33,3	3,7
O'Connor	37	89,2	
Frankl and Hiess .	34	55,8	5,8

Bartholomew	61	50	
Portes	72	91,3	
Nous	35	68,6	2,8

IV. CAUSES INDETERMINEES

Plusieurs auteurs ont présenté des cas dans lesquels l'étiologie était obscure, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait être rattachée à une des théories établies jusqu'à présent.

Bartholomew a eu 23 cas.

MECANISMES

Dans les traumatismes directs.

Prenons par exemple une chute sur l'utérus. Le traumatisme peut déterminer une hémorragie dans cet organe, mais il est admis que, dans ce cas, le traumatisme a porté juste au niveau du placenta (placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus); il va se produire une hémorragie entre la face maternelle du placenta et l'utérus lui-même.

Donc, l'hémorragie serait primitive et le décollement secondaire.

Dans les traumatismes indirects.

Dans la torsion, Polak explique le décollement du placenta après torsion par « blocage de la circulation de retour qui provoque des hémorragies dans les couches spongieuses de la caduque ». Donc, hémorragie d'abord, et décollement ensuite.

Pour Montgomery, le facteur le plus commun dans les traumatismes, c'est la perturbation pendant la première période *intra partum*, laquelle résulte des efforts de l'accouchement.

Cela est décrit dans une communication de Davis McGee, dans le cas par exemple de version, ou de décompression brusque de l'utérus, comme dans la rupture des

membranes dans le poly-hydramnios, ou bien après la sortie du premier enfant en cas de grossesse gemellaire. Ces deux derniers, dus à la rapide réduction du contenu de l'utérus. Il appuie cette théorie par 5 cas sur 16 qu'il présente.

Un apparaît après l'accouchement du premier enfant en cas de gemellité;

Deux pendant la rupture des membranes après la première période du travail;

Trois, pendant le travail qui traînait et qu'on s'apprêtait à terminer par un forceps.

Aucun d'eux n'était grave.

Dans les causes inflammatoires.

Ces malades saignent parce que leur muqueuse est malade, donc prédisposées à saigner à tout moment.

Dans les premiers mois, si elles saignent, elles finissent en général par avorter.

D'autres fois, avec une grossesse plus avancée, elles saignent pendant un temps plus ou moins limité, voire même seulement une hémorragie interne qui s'arrête par un traitement médical; la grossesse continue à évoluer normalement, et on voit, après l'accouchement, un caillot ancien qui déprime le placenta (placenta incrusté) et où le diagnostic de l'hémorragie rétro-placentaire ne se fait que rétrospectivement.

D'autres fois, la femme a saigné pendant sa grossesse. Tout paraît être rentré dans l'ordre. On croyait avoir à faire à un placenta prævia, et à terme les symptômes graves de l'hémorragie rétro-placentaire se présentent, quelquefois même, pas de signes d'hémorragie rétro-placentaire. On intervient pour un placenta prævia, et on s'aperçoit que c'était une hémorragie rétro-placentaire.

Enfin, les cas de placenta prævia compliqué d'hémor-

ragie rétro-placentaire ne sont pas rares, et nous savons très bien qu'une des causes les plus habituelles, c'est l'endométrite.

Donc, c'est l'hémorragie qui survient la première, et le décollement en deuxième lieu.

Dans les causes toxiques.

Dans l'apoplexie utéro-placentaire, différentes hypothèses ont été invoquées pour expliquer l'infiltration sanguine du muscle utérin. Pour Seitz, le muscle se laisserait imprégner, imbiber comme résultant de la contraction utérine sur l'hématome rétro-placentaire.

Pour Shannon, elle serait due à la rupture des vaisseaux intra-pariétaux par la distension brusque de l'utérus.

Pour Young, elle serait due à la thrombose des veines utérines principales provoquant une hypertension veineuse donnant comme résultat une hémorragie intramusculaire.

Pour Williams, se serait la fragilité des parois artérielles atteintes d'endartérite.

Pour Bartholomew, ces toxiques ont une affinité pour les parois des petits vaisseaux sanguins, qui en les détruisant expliqueraient l'hémorragie, ici comme par ailleurs.

Pour Hofbauer, la cause serait les lésions des petits vaisseaux dues à la toxicosis, et il croit nécessaire de penser à l'hystamine comme possible.

Pour Wallich, ce serait une hypertension locale, au niveau des petits vaisseaux et des capillaires altérés par l'état toxémique.

Portes se range, dans sa thèse, à l'opinion soutenue par Wallich et récemment, dans un mémoire à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en mai 1935, p. 690, écrit : « Si nous observons qu'en aucun cas l'étude

histologique n'a permis de saisir sur le vif le mécanisme des ruptures vasculaires, on est conduit à penser que l'hémorragie n'est pas due à l'éclatement des vaisseaux importants antérieurement lésés, mais à la rupture des capillaires sanguins, dont la paroi se limite à l'endothélium. L'apoplexie utérine ressemblerait dès lors davantage à une sorte de purpura utérin, confluent, qu'à de véritables infarctus. Bien qu'il faille en cette matière se méfier des « *artifices de préparation* » certains aspects de capillaires dilatés, entourés d'hématies extra vasées, semblent confirmer cette opinion du fait de la discontinuité de leur endothélium (Obs. X et XI. Fig. 4 et 5) ».

Pour notre part, nous nous rangeons à cette théorie.

Des fissures péritonéales.

On les attribuait à la distension de l'utérus, due à l'hémorragie utérine (Knauer), l'apoplexie utéro-placentaire elle-même, due à la friabilité de l'utérus (Fraipont).

Le Lorier dit : « Il semble bien qu'on devra considérer les petites hémorragies comme le premier stade d'un processus qui aurait abouti à une rupture se produisant de dehors en dedans de la séreuse et de la musculeuse vers la muqueuse. »

Portes, en se basant sur la nécessité d'une très grande élasticité du péritoine, dans l'ampliation brusque de l'utérus, fait observer classiquement qu'au niveau du corps utérin les adhérences péritonéales avec les couches musculaires superficielles sont très intimes et il se demande si, dans l'apoplexie utéro-placentaire, cette élasticité ne serait pas diminuée à cause de l'œdème.

Fruhinsholz et Louyot pensent à l'éclatement des ecchymoses, ou d'hématome sous-péritonéal, sous l'effet des contractions utérines.

Dans nos 35 observations, nous n'avons eu qu'un seul cas où le péritoine pelvien était fissuré (Obs. XXXIV).

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Synonymes.

Pertes internes, hémorragie occulte (des anciens accoucheurs). Hémorragie rétro-placentaire, décollement prématuré du placenta normalement inséré, hémorragie rétro-placentaire, et enfin, sous l'influence des idées de Couvelaire : « Apoplexie utéro-placentaire », et aussi « Apoplexie inter-utéro-placentaire ». Les Américains l'appellent « abruptio » (De Lee) et « ablatio placenta » (R. Holmes, en 1901).

Le nom d'apoplexie utéro-placentaire est réservé surtout pour les formes graves, où les lésions envahissent les couches de l'utérus et plus.

Définition.

..*Décollement prématuré du placenta normalement inséré* spécifie donc bien que cet accident n'a aucun rapport avec l'insertion basse, que le délivre était bien greffé sur la zone corporéale où il n'a pas le droit de se décoller avant l'accouchement...

Cette appellation précise en ce point est un peu désuète.

Hémorragie rétro-placentaire. — On entend par hémorragie rétro-placentaire l'hémorragie se produisant

au niveau de l'aire placentaire, le placenta étant normalement inséré.

Nous resterons avec cette dénomination pour l'étude clinique en général, qui a l'avantage de localiser la lésion dominante; et à la fin de cette étude clinique nous donnerons notre façon de penser et de considérer.

TABLEAU CLINIQUE

Nous allons commencer par étudier le tableau clinique dans la forme suivante :

- a) Symptômes de l'hémorragie rétro-placentaire;
- b) Syndromes de l'hémorragie rétro-placentaire.

Après cette étude, nous nous permettrons de faire quelques réflexions qui nous semblent importantes à faire.

A) SYMPTOMES

Ici, nous étudierons successivement les hémorragies, les douleurs et l'état de l'utérus.

L'hémorragie.

Est le signe le plus constant. Rousseau-Dumarcet distinguait des formes avec hémorragies internes et des formes avec hémorragies externes (mixtes). Bué et Puech, en 1913, relatent des observations où les hémorragies sont suffisantes pour amener la mort du fœtus; mais sur la mère, aucun ou peu de retentissement clinique. Aujourd'hui, il est presque admis par tous les auteurs que, la plupart des fois, il n'y a pas de relation entre l'état général de la femme et l'importance des hémorragies.

Pour ce qui nous concerne, nous relevons l'existence d'hémorragies mixtes dans 31 de nos observations et 3 fois (Obs. XIII, XXIII, XXVII) l'hémorragie interne existait seule.

D'où vient le sang ? Il vient vraisemblablement de la mère, du sinus maternel, du septum décidual, et des lacs du chorion décidual.

La douleur.

Vive, brutale, qui pour certains auteurs constitue souvent le premier symptôme, est très inconstante.

Pinard disait : « Je passe sur la douleur vive, lancinante, qui se produirait au moment précis où le placenta se décolle; *pour ma part, je ne l'ai jamais observée.* » Par contre, il signale quelquefois une douleur extrêmement violente, en « coup de poignard ». Pour Engstrom, la douleur serait perpétuelle et due à la surdistension utérine.

Nous admettons que toutes les formes peuvent se voir.

C'est ainsi que dans 2 de nos observations (Obs. XXVII et XXX), la douleur en coup de poignard a été constatée. Dans 10 autres cas, aucune douleur n'est signalée par la malade. Enfin, dans 2 cas, la douleur est légère.

Sa présence peut permettre une possibilité de diagnostic, mais son inexistence ne permet pas de nier l'hémorragie rétro-placentaire.

Etat de l'utérus.

a) Volume.

L'augmentation de volume de l'utérus est une notion très classique. Signalée par Pinard, entre autres, comme un signe de certitude, elle est considérée par Couvelaire et par la plupart des auteurs comme pathognomonique.

Nous croyons, comme beaucoup d'auteurs, que cette augmentation de volume de l'utérus est due à l'abondance de l'hémorragie et surtout au sang qui reste interne, en formant des caillots puisque, dans les cas de placenta praevia, compliqué d'hémorragie rétro-pla-

certaine. généralement l'augmentation du volume de l'utérus est peu appréciable, si elle existe.

Pinard a pu dire que l'évolution du décollement prématuré du placenta se suivait le ruban métrique à la main; mais il existe néanmoins des cas bénins à l'hémorragie moyenne, qui ne donnent pas une augmentation du volume de l'utérus.

Nous avons constaté 12 fois l'augmentation de la hauteur utérine.

Dans 2 cas (Obs. VII et XIX), on a pu suivre l'augmentation progressive du volume de l'utérus. Dans 4 de nos observations, nous n'avons pas remarqué de hauteur utérine en disproportion avec l'âge de la grossesse.

b) *Dureté.*

C'est un signe classique d'une grande signification diagnostique, comme l'a montré M. le Professeur Pinard, nommé « *consistance ligneuse* ». Quelquefois, à la place de cette dureté ligneuse, il y a une tension permanente, comme s'il s'agissait d'un hydramnios (observation de Couvelaire, Cleitz, etc...). Dans d'autres cas, la consistance reste normale. Debernardy présente 7 observations.

Cela s'observe dans les cas bénins, où le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire a été fait rétrospectivement.

Pour notre part, la dureté ligneuse sera un signe pathognomonique des cas graves, c'est-à-dire d'apoplexie utéro-placentaire, comme nous avons pu le constater d'après nos observations. Tandis que la tension permanente de l'utérus s'observerait plutôt dans les cas légers, et même dans les cas moyens; cette tension serait en rapport avec l'abondance de l'hémorragie, tandis que la dureté ligneuse serait due à l'infiltration du muscle utérin.

La dureté de l'utérus s'étend également au segment inférieur que l'on reconnaît au toucher, car il semble s'enfoncer comme une « *sébille de bois* » dans l'excavation (Pinard).

Nous ne la relevons que dans cinq de nos observations (N^{os} VII, XI, XVII, XXVII et XXXIV).

c) *Contraction.*

L'existence de contracture utérine avec l'absence des contractions serait, pour Williams, un signe certain d'hémorragie rétro-placentaire.

Certains auteurs sont d'accord pour accepter que cette contracture est sous la dépendance de l'abondance de l'hémorragie, surtout basée dans le fait que, dans certains cas, on assiste, après la rupture des membranes, à une reprise des contractions pouvant aboutir à l'accouchement spontané.

Portes, en acceptant ce fait et en se basant sur ce que ces reprises de contractions ne sont pas constantes, pense que les infiltrations sanguines de la paroi utérine en sont la cause.

Nous partageons les idées de certains auteurs pour les cas légers ou moyens, et celles de Portes pour les apoplexies utéro-placentaires.

Le fœtus.

Toutes les fois qu'il y a dureté ligneuse de l'utérus, la palpation du fœtus est presque impossible, sinon impossible, due à la tension de l'utérus, ou bien à la douleur de la palpation utérine; l'auscultation fœtale peut être positive jusqu'au début des accidents; elle ne tarde pas à devenir négative, cas le plus habituel.

B) *SYNDROMES*

Nous étudierons les syndromes :

- 1° Toxémiques ;
- 2° Hémorragiques.

1° *Syndromes toxémiques.*

Nous avons déjà signalé dans le chapitre « Pathogénie » l'importance de ce syndrome qui, jouant le rôle pathogénique le plus important dans la plupart des cas de l'accident que nous étudions, joue également un rôle symptomatique non moins important, surtout dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire.

Quels sont les éléments de ce syndrome toxémique ? Portes les définit ainsi : « L'état toxémique se caractérise essentiellement par un syndrome urinaire, dans lequel l'albuminurie domine, par une hypertension qui peut expliquer certaines hémorragies, par une rétention azotée, par une rétention chlorurée, et des œdèmes, et enfin par toute une série de signes fréquents dans la toxémie gravidique, céphalée, troubles visuels, ictères, etc... »

Syndrome urinaire.

L'albuminurie. — C'est un fait qui de tous les temps a attiré l'attention des auteurs.

D'après les Bibliographies et les Statistiques que nous avons consultées (françaises, américaines et anglaises), ainsi que nos observations, il nous semble que l'albuminurie ne fait presque jamais défaut dans les formes graves, où le syndrome toxémique est sinon complet, mais presque. Cependant notre Obs. XXXIV fait exception à la règle.

Dans les formes légères, la plupart des fois elle n'existait, ni avant, ni pendant, ni après les accidents (Obs. I, XIII, XV, XVI, XX, XXIII, XXXI, XXXV), d'autres fois la malade n'a présenté de l'albumine seulement qu'au moment du travail (Obs. IX, XIV).

Dans les formes moyennes, on peut observer l'absence d'albumine (Obs. VIII, X, XXVI, XXXII). D'autres fois, elle apparaît pendant les accidents et persiste quelques jours après, mais dans ce cas on trouve exceptionnellement des doses assez importantes.

Un fait qui attire l'attention dans les formes moyennes, c'est que l'albumine quand elle existe pendant et après les accidents et s'accompagnant d'hypertension; les deux sont peu marqués. Dans d'autres cas, plus intéressants encore la présence d'une certaine quantité d'albumine, sans hypertension; ou *vice versa*, hypertension marquée et absence d'albumine, donc *dissociation de l'albumine avec la tension artérielle*. Nous la relevons dans les Obs. VIII, X, XVIII, XXII, XXVI.

Ainsi, comme dit Portes : « Il semble donc que si l'albuminurie existe avant la crise, elle présente son maximum au moment des accidents, où elle atteint des chiffres considérables pour décroître ensuite, elle peut disparaître totalement. »

C'est précisément ce que nous avons remarqué dans les Obs. XVII, XXVII, XXIX, XXX, mais exception faite des 2 Obs. (V et XXI). Ces malades ne sont-elles pas des rénales avérées?

Cependant, il faut reconnaître également qu'il y a des cas où les malades n'ont jamais eu d'albumine, ni avant, ni pendant, ni après les accidents, jamais d'hypertension non plus, Syphilis négative, pas de traumatisme, et à l'opération on trouve une apoplexie utéro-placentaire (cas de Devraignes et Suzor, ainsi que notre observation XXXIV).

M. le Professeur Couvelaire les dénomine « Eclampsie à forme hémorragique » (le mot éclampsie étant pris dans son sens étymologique).

Marc Rivière, en 1928, présente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux deux cas d'hémorragie rétro-placentaire, et arrive entre autres conclusions à dire : « L'albumine n'est pas un symptôme prémonitoire constant du syndrome d'apoplexie utéro-placentaire. Elle n'en est peut-être qu'une conséquence. »

Anderodias, Gautrel, Mahon se rangent à cette hypothèse.

En résumé, l'albuminurie est très inconstante et très variable dans son apparition.

L'hypertension. — C'est à Vaguez et Nobécourt, en 1897, que l'on doit les premières notions précises sur l'état de la tension artérielle au cours de la grossesse. Ils concluent que la tension artérielle est normale jusqu'au moment du travail, chez les femmes enceintes.

Jean Joseph dans sa thèse arrive aux mêmes conclusions. Holmes, au contraire, pense qu'il y a hypertension.

Dès 1905, Bar fait jouer un rôle important à l'hypertension artérielle dans l'étiologie et dans le mécanisme des hémorragies rétro-placentaires. Wallich a repris cette idée, et l'hypertension, depuis, est considérée comme l'explication la plus vraisemblable dans le mécanisme de la production des hémorragies rétro-placentaires.

Mais pour pouvoir tirer des conclusions d'une certaine valeur, il fallait mesurer la T. A. à toute femme enceinte, comme on fait pour l'albumine, et c'est justement ce qu'a fait Le Lorier depuis 1919.

Il emploie la méthode de Riva Roci (palpatoire) et il est arrivé à donner un chiffre de 13 (maxima) qu'il appelle zone d'alarme, et au-dessus de laquelle il faut se méfier, car des accidents peuvent apparaître.

Il a présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris une statistique des hématomes rétro-placentaires observés de 1924 à 1935 dans les maternités de l'Hôpital Boucicaut et de Port-Royal; et conclu : « En définitive, les constatations faites dans les deux services se confirment mutuellement : l'hypertension d'alarme pure constitue un prodrome important et relativement

fréquent à une échéance plus ou moins éloignée de l'hématome rétro-placentaire; d'autre part, parmi le faible nombre des femmes enceintes qui présentent, à l'exclusion de tout autre signe pathologique, un état d'hypertension d'alarme pure, la proportion des accidents toxiques graves (hématomes rétro-placentaires, apoplexies utérines, éclampsies) est considérable. Ces constatations nous paraissent amplement suffisantes pour légitimer la recherche systématique de l'hypertension d'alarme au cours de tout examen obstétrical, à la façon dont on fait la recherche de l'albuminurie. »

D'après nos bibliographies, elle semble augmenter pendant les accidents, pour atteindre son maximum au moment de l'accouchement et décroître ensuite; évidemment, l'abondance de l'hémorragie joue un rôle important dans son appréciation.

Nous avons observé la descente de la tension artérielle, après les accidents, dans nos Obs. IV, VIII, XXI, XXII, XXV et XXVII; et augmenter pour décroître quelques jours après dans l'Obs. X.

Pour notre part, nous ne pouvons pas tirer des conclusions à cet égard, car elle n'a pas été étudiée dans nos observations, mais tout de même elle semble avoir une grosse importance et semble être plus constante que l'albuminurie.

Le pouls. — Semble être très variable; dépendant du cas en présence duquel on se trouve. Il sera rapide dans les cas d'hémorragie importante, grave, sans hypertension ou même filant et petit (Obs. XXII, XXIII, XXXIV).

S'il y a hypertension artérielle, le pouls restera normal ou ralenti quelques fois (Obs. X, XVII), car l'accélération du rythme cardiaque, qu'accompagne toute hémorragie, n'est plus nécessaire; car l'hypertension arté-

rielle existante se charge d'établir l'équilibre circulatoire.

Recherche de l'azotémie. — L'étude de la rétention azotée mériterait une attention particulière, car elle pourrait avoir un grand intérêt; mais malheureusement on l'a pratiquée assez rarement. Dans l'observation XXXIV, 8 jours après les accidents, nous trouvons dans le sang 0.22 par mille. Dans l'observation XXIV, avant les accidents, mais en présence des signes d'intoxication marquée, nous trouvons dans les urines 0,55 par litre, et dans le sang 0,55 par mille.

Rétention chlorurée. — Elle doit sûrement exister, car nous avons observé des œdèmes (Obs. XI, XXIV), mais elle n'a pour ainsi dire pas été étudiée dans nos observations.

Troubles visuels. — Ils ont été notés par Smyly, Quigley, Snowden, Oldfield et Couvelaire. Ils semblent être passager. Pour notre part, dans l'observation XXIV, 18 jours avant les accidents, mais pendant que la malade faisait de l'albuminurie massive, l'examen oculaire était normal. Dans l'observation XXVII, l'examen du fond d'œil, pratiqué après les accidents, était normal aussi.

2° *Syndromes hémorragiques.*

Dans les formes graves ou apoplexie utéro-placentaire semble exister un syndrome hémorragique qui accompagne le syndrome toxémique, comme d'ailleurs il a été signalé par beaucoup d'auteurs. Oldfield a noté des hématuries. Smyly note une hématurie qui se reproduit après intervention. Cleitz, des épistaxis et hématoméses. Knauer note des ecchymoses cutanées. Portes, dans sa thèse, présente les résultats des nombreuses autopsies et il trouve des hémorragies sous-capsulaires du foie (6 fois), hémorragies diaphragmatiques (2 fois), du péricarde (1 fois), de l'encocarde (1 fois), des méninges (1 fois), de la muqueuse gastrique (2 fois) et des surrénales

(1 fois). Donc, l'apoplexie utérine semble être une maladie hémorragipare.

Ictère. — Huntingon l'a observé 1 fois. Dans notre Obs. XXVIII la malade présente une teinte sub-ictérique marquée, mais pas un véritable ictère.

Numération globulaire et taux d'hémoglobine. — Nous pensons que la numération globulaire, ainsi que le taux d'hémoglobine, sont des moyens de laboratoire très précieux, lesquels doivent être faits systématiquement à toutes les femmes atteintes d'hémorragie rétro-placentaire, pendant les accidents et répétés au besoin; car ils peuvent nous donner de très bons renseignements et surtout, d'après les travaux de Lévy et Sureau, pour ne citer que les plus récents, ils peuvent nous guider dans le traitement du choc et de l'hémorragie.

Lévy, Solal et Sureau concluent :

1° « *Dans les cas d'hémorragies massives, uniques ou espacées, il se constitue une réserve de globules dans les lacs veineux. Une thérapeutique appropriée doit la remettre en circulation en temps opportun.* »

Donc, le *sérum* nous semble suffisant dans ces cas.

2° « *Dans les cas d'hémorragies fractionnées et rapprochées, le sang est de plus en plus pauvre en globules, du fait de spoliations successives non réparées. Il se produit ici une anémie globulaire vraie, qui peut déterminer la mort par anoxémie. Il s'agit donc de réaliser une greffe globulaire.* » Ici, la transfusion est indiquée.

3° « *Dans les état de choc, tout se passe comme si l'organisme avait subi une spoliation sanguine considérable. Or, ni la masse plasmatique, ni le taux globulaire n'ont varié; mais par suite de la parésie vasomotrice, le sang s'est réfugié dans les lacs veineux périphériques et viscéraux, réalisant une véritable hémorragie endiguée. Point n'est besoin d'un apport de liquide*

ou de globules; tout le problème thérapeutique consiste donc à remettre en circulation un sang dont la masse et la qualité sont conservées, en stimulant les vasomoteurs paralysés. »

C'est pour tout cela que nous insistons sur la numération globulaire et qu'elle doit être refaite une fois l'hémostase réalisée.

DIAGNOSTIC

D'après notre travail, nous voyons qu'il faut considérer deux formes cliniques différentes au point de vue pathogénique : une due à l'endométrite et l'autre due à la toxémie.

D'autre part, nous pensons qu'il faut considérer en général trois cas qui se présentent à l'accoucheur en pratique, qui sont : les cas légers, moyens et graves ou apoplexie utéro-placentaire.

Donc, d'après les deux paragraphes précédents, nous considérons : les cas légers comme dus à l'endométrite et les cas moyens et graves dues à la toxémie.

Une fois cette classification établie, nous tâcherons de donner les signes cliniques distinctifs qui d'ailleurs sont très schématiques, mais qui pourraient faire penser à un de ces cas et servir à orienter dans la conduite à tenir qui est variable pour les trois. Cette conduite à tenir sera étudiée dans le chapitre VI (Traitement).

Dans les cas légers.

On ne trouve pas de prodromes, hémorragie externe, rapidité du pouls, atteinte moins marquée de l'état général, *teint pâle*, utérus peu volumineux, souple ou *tendu* (jamais de dureté ligneuse) ; on trouve assez souvent des contractions qui peuvent devenir très énergiques à la rupture des membranes, enfant assez souvent vivant, tout au moins au début des accidents, col plus ou moins souple en voie de dilatation, absence d'albumine dans les urines (peut-être des traces au moment des accidents), tension artérielle normale ou plutôt hypotension.

Dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire.

En général, existent des prodromes qu'il faut rechercher chez toute femme enceinte, car l'œdème au point

de vue médical est équivalent à albumine, puisqu'il y a insuffisance rénale et il faut la traiter. Donc, albumine, œdèmes, hypertension, céphalées, insomnie, torpeur, agitation, etc..., c'est-à-dire signes d'éclampsie. A la période d'état : hémorragie externe minime, atteinte beaucoup plus marquée de son état général, *teint cireux ou plombé, dureté ligueuse* de l'utérus (pas de contractions puisqu'il est contracturé); B.D.C. négatifs, col infranchissable, albuminurie quelquefois massive (10-12 gr.), hypertension artérielle marquée. Mais entre ces deux cas extrêmes existent les cas moyens, les plus difficiles à dépister.

Dans les cas moyens.

Atteinte marquée de l'état général, sans être menaçant, utérus tendu (pas de dureté ligueuse), albuminurie en petite quantité et ne faisant son apparition quelquefois qu'au moment des accidents pour disparaître dans les heures qui suivent, la T. A. un peu au-dessus de la normale. Mais albumine et T. A. sont très variables dans ces cas. Un fait qui attire notre attention dans nos observations, c'est que quand la T. A. était assez élevée, l'albuminurie n'existait pas, ou si elle existait on n'en trouvait que des traces (Obs. VIII, X).

Au contraire, quand l'albuminurie prédominait, la T. A. était sensiblement normale ou légèrement au-dessous de la normale (Obs. VII, XVIII, XXII, XXVI). Donc dissociation de l'albumine et tension artérielle.

Diagnostic différentiel.

Nous nous limiterons à signaler que dans les apoplexies très extensives, la gravité et la soudaineté des signes généraux sont parfois telles qu'on peut confondre l'hémorragie rétro-placentaire avec les grands symptômes abdominaux. Mais, dans ces cas, on ne trouve pas en général les modifications caractéristiques du côté de

l'utérus, et en plus, aussi bien dans un cas que dans l'autre on commandera la laparotomie d'urgence; l'erreur sera vite levée. Cependant il y a quatre diagnostics qui méritent d'être signalés :

Avec la rupture utérine.

Surtout avant qu'elle se produise, quand elle est imminente, mais dans ce cas, il y a presque toujours des prodromes et il faut chercher le signe de Frommel d'une grande valeur diagnostique. Après la rupture de l'utérus, celui-ci, qui était tétanisé, devient inerte, la palpation devient douloureuse au niveau de la rupture et si le fœtus est passé dans l'abdomen il est perçu directement au travers de la paroi. Le toucher vaginal montre un col flasque qui peut être déchiré.

Avec l'hydramnios aigu.

Il y a aussi augmentation du volume et une tension exagérée de l'utérus, mais l'état général de la femme n'est pas celui d'une hémorragique.

Avec l'appendicite grave

Qui peut donner contracture de l'utérus, il faut y penser pour la dépister.

Avec le placenta praevia.

Ici, le diagnostic est beaucoup plus difficile et même impossible assez souvent avec les cas légers qui d'ailleurs reconnaissent une même cause, l'endométrite. Assez fréquemment le placenta praevia se complique d'H.R.P. et on ne fait le diagnostic de l'une à l'autre qu'après intervention (Obs. III, XI, XXI, XXXII, XXXV).

D'autres fois, au début, on peut penser à une insertion vicieuse du placenta et quand d'autres signes apparaissent, on se rend compte qu'on a affaire à une hémorragie rétro-placentaire (Obs. XVI, XIX, XX).

En faveur du placenta praevia : quand on trouve que l'utérus n'est ni tendu, ni douloureux, l'hémorragie constituée par du sang rouge et liquide et par le toucher, on peut sentir le gâteau placentaire.

PRONOSTIC

Il y a un véritable abîme entre le pronostic fœtal et le pronostic maternel, surtout dans ces dernières années, où la question d'H.R.P. a été assez bien étudiée, et surtout la conduite à tenir semble avoir été mieux dirigée.

Si la mortalité fœtale n'a pas baissé très sensiblement, au contraire la mortalité maternelle a baissé de beaucoup, malgré les grandes divergences d'un auteur à l'autre.

Pourcentage de la mortalité :

Maternelle et fœtale suivant différents auteurs :

Auteurs	N° des cas	Mortalité maternelle %	Mortalité fœtale %
Brodhead	34	26,4	85,3
Goethals	128	8,6	61,5
Wing	164	25,5	80,9
Polak	16	6,2	87,5
Harrar	254	8,6	62,2
Fitzgibbon	115	9,5	
Davis Mc Gee	164	7,3	59,7
Portes	66	56	90
Horden	69	6,5	91
Nous	35	5,7	77,1

Donc, la moyenne suivant ces statistiques serait pour la mère entre 15 et 20 % et pour le fœtus entre 75 et 80 %.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas reprendre ici toutes les discussions thérapeutiques qui eurent lieu au sujet des hémorragies rétro-placentaires; du xvii^e siècle jusqu'à nos jours, nous signalerons que tous les auteurs sont d'accord sur ce point : qu'une fois le diagnostic fait, il faut vider l'utérus et le plus vite possible, mais la difficulté commence à la conduite à tenir en présence du cas. Faut-il choisir d'emblée le traitement obstétrical pur, le traitement chirurgical ou bien suivre le traitement obstétrico-chirurgical?

Nous nous bornerons à citer qu'ici en France, exception faite des cas légers, dans lesquels tous les auteurs sont d'accord pour le traitement obstétrical, il y a deux tendances un peu divergentes et peut-être un peu extrémistes.

Les uns pensent que dans les cas moyens et graves, on doit toujours recourir au traitement obstétrical pur, toutes les fois qu'il sera possible, et, le cas échéant, alors il faut céder la place au traitement chirurgical.

Les autres pensent que dans ces cas, il faut recourir toujours au traitement chirurgical, et dans le traitement chirurgical à la voie haute, dans laquelle on fera l'hystérectomie en bloc, dans les cas très graves avec lésions

de l'utérus au maximum; car, suivant l'hypothèse de Marc Rivière, l'utérus peut être un foyer d'intoxication. La césarienne conservatrice si les lésions sont minimes, si on est en présence d'une bonne rétraction utérine, dans laquelle une hémorragie secondaire n'est pas à redouter. Ou césarienne suivie d'hystérectomie, si les lésions sont assez étendues ou si on craint une inertie utérine dans les heures qui suivent l'intervention.

La lacune principale existe, que divers auteurs veulent donner un traitement uniforme pour les cas; or, nous pensons que chacun doit choisir sans parti pris, suivant la logique, le cas en présence duquel on se trouve, tenir également compte de la condition dans laquelle on se trouve. La conduite à tenir variera donc d'un cas à l'autre.

Pour Moura-Vegueiro, du Brésil (six cas), la conduite à tenir dans l'apoplexie utéro-placentaire est la voie abdominale et dont l'hystérectomie en bloc est l'opération de choix.

Pour les Américains et les Anglais, le traitement semble être plutôt conservateur, comme nous allons le démontrer plus bas.

Bartholomew. — Sur 61 cas, 56 ont été traités par la conduite expectative et conservatrice, comme suit : Traitement du shock par le sérum glucosé, physiologique, morphine, rupture des membranes et pituitine. Expectation, dilatation au ballon et finir par forceps, et en dernier lieu, césarienne avec ou sans hystérectomie. Résultat avec cette conduite, cinq décès.

Rosenfeld. — 15 cas, dont 13 présentaient une toxémie : Morphine, rupture des membranes, tamponnement vaginal, pituitine quand les douleurs sont lentes ou absentes. Dans les cas graves, il faut d'abord une transfusion et ensuite une césarienne sous *anesthésie locale*.

Kornsfeld. — 38 cas. Quand la dilatation progresse,

expectation, si elle ne progresse pas, rupture des membranes, pituitine; dans les cas plus sévères, rompre les membranes et poser un ballon dilateur (de Voorhees); si la patiente est choquée, d'abord morphine et traiter le shock avant de traiter l'hémorragie rétro-placentaire en faisant une transfusion si besoin. Il réserve le traitement chirurgical pour les cas exceptionnels et il dit n'avoir pratiqué la césarienne qu'une fois et par erreur, croyant avoir à faire à un placenta prævia. Résultat, 7 cas de morbidité. Mortalité maternelle 0, fœtale 60 %.

Davis and Mc Gee. — 164 cas. Dans les cas moyens, surveiller la malade, rompre les membranes; si les douleurs sont très fortes; on peut donner de l'anesthésie et faire forceps, ou version et extraction, comme opération de choix.

Immédiatement après la sortie du fœtus, faire à la malade 1 cm³ de pituitine; on ne doit pas hésiter à faire une délivrance artificielle si l'hémorragie devient alarmante.

Dans les cas graves, le traitement est plus radical, si le travail progresse, rupture des membranes, petites doses de pituitine intra-musculaire, et quand la dilatation est suffisante, on fait un forceps, une version avec extraction, cranioclasie, ou basiotripsie; cela dépend des conditions existantes.

Si le travail ne progresse pas, voie abdominale. Césarienne basse, et toutes les fois qu'il sera possible, *sous anesthésie locale* qui termine le travail plus rapidement et donne plus de succès, l'hystérectomie dépend de l'état et de la contractilité du muscle utérin. Le traitement doit être institué le plus tôt qu'il sera possible, car il sera en faveur de la patiente. Si on se trouve en présence d'une malade choquée, il faut traiter le choc avant de l'opérer par les moyens suivants:

Transfusion de sang, sérum glucosé et physiologique

intra-veineux et sous-cutané, morphine (qui sort la malade du choc et diminue les risques opératoires), et pour l'opérer employer *l'anesthésie locale* qui est la moins nocive. Si on décide, après la laparotomie, de faire une hystérectomie, on peut mettre les clamps aux ligaments larges pendant la transfusion et on peut prendre son temps pour opérer.

Le troisième temps de l'accouchement est le plus dangereux, car une hémorragie peut décider. Donc, avant que l'extraction soit finie et même avant de dégager les épaules, il faut faire 1 cm³ de pituitine systématiquement; faire D.A. si l'hémorragie continue. Pour lui, la transfusion est primordiale, car elle lutte contre l'anémie et le choc.

Résultat : 12 morts dont 4 par césarienne; 6 fois, l'opération de Porro réussit.

Pour Polak, la transfusion est aussi primordiale et il suggère que si on voit le cas assez tôt, avant tout début du travail, la transfusion suivie de césarienne peut être une méthode de choix. Il dit avoir eu des succès merveilleux avec le traitement conservateur, mais spécifie qu'il était toujours en présence des cas dont le travail était assez avancé.

Troupin : 87 cas. Il pratique aussi la méthode conservatrice et l'expectative (fait le tamponnement vaginal et pose une ceinture abdominale). Dans les cas graves, quand la dilatation ne progresse pas, il recourt à la voie abdominale et fait une césarienne avec ou sans hystérectomie.

Roch traite le shock d'abord en recourant à la transfusion si besoin. Rupture des membranes, tamponnement vaginal et sangle bien serrée.

Nous allons passer une revue générale des différents procédés thérapeutiques et à la fin nous essaierons de

donner notre façon de penser de la conduite à tenir suivant notre travail :

- a) Procédés médicaux,
- b) Procédés obstétricaux,
- c) Procédés chirurgicaux.

A) *Procédés médicaux*

1° *Traitement prophylactique.* — Interrogatoire minutieux et examen complet au point de vue gynécologique au besoin, ainsi qu'une prise de sang (B.-W.) pour dépister les cas dûs à l'endométrite.

Recherche hebdomadaire systématique de l'albumine et de la tension artérielle pendant les 4 derniers mois de la grossesse.

Si on se trouve en présence d'une femme enceinte albuminurique, il faut la mettre au repos, surveiller très attentivement sa T. A. pour discerner toute élévation anormale et éviter, en cas d'hypertension, les brusques élévations appelées « *coup de bélier circulatoire* ».

Désintoxication de la malade par le régime qui sera plus ou moins sévère suivant le cas, lacté strict, déchloruré ou lacto-végétarien.

Il faut combattre l'hypertension à tout prix, diète hydrique absolue pendant 24 ou 48 heures, quelquefois même trois jours; purgatifs répétés et quelquefois même petites saignées. Certaines fois, malgré le traitement, les accidents font leur apparition et d'autres fois se présentent brusquement.

2° *Curatifs.* — Les procédés à pratiquer peuvent être complètement opposés.

On peut faire la *saignée* parfois, pour lutter contre l'intoxication, mais seulement au début des accidents, pour éviter de grands désordres, provoqués par un nouvel à-coup d'hypertension.

D'autre part, si la malade présente un état d'anémie

aigu par suite d'une importante hémorragie, il sera bon de lui injecter du *sérum* glucosé.

Enfin, la *transfusion du sang* sera indiquée chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une grave hémorragie de la délivrance.

B) *Procédés obstétricaux*

a) La rupture artificielle des membranes est un procédé précieux et reconnu surtout après la thèse de Lévy, car elle permet souvent l'arrêt de l'hémorragie, la progression rapide de la dilatation, le travail en général s'accélère et suffit à elle seule dans quelques cas.

b) Le tamponnement vaginal dont Budin était un grand partisan n'est presque plus employé en France; cependant, à l'étranger, on le pratique encore assez souvent.

c) La morphine est un bon médicament à employer, car elle permet de lutter contre le choc, et aide ces utérus contracturés à retrouver leur dynamisme normal.

d) La transfusion sanguine est un très bon procédé, car elle permet de lutter contre l'anémie, l'état de choc, et même contre l'intoxication.

e) Les extraits hypophysaires sont employés avec succès par certains accoucheurs pour réveiller ou renforcer les contractions utérines.

f) Les procédés d'évacuation par voie basse.

1° Les dilateurs métalliques sont inefficaces ou dangereux ;

2° Les incisions du col peuvent rendre service, mais il faut se méfier, dans ces utérus friables, de la propagation possible sur le segment inférieur, et passées inaperçues quelquefois.

3° La dilatation manuelle ou bi-manuelle peut être tentée quand le col est souple (Lévy);

4° Les ballons dilateurs, très employés par les Amé-

ricains, ont encore leurs indications, mais nous leur reprochons d'être un procédé lent, et nous savons qu'il faut agir le plus vite possible;

5° Le forceps rend un grand service très souvent, à condition de respecter ses indications précises;

6° La basiotripsie, pour M. Cathala, est l'opération de choix quand le fœtus, après réduction, peut être extrait rapidement, sans risque de rupture du segment inférieur. Il dit : « Elle suffit seule quand la dilatation du col atteint 9 centimètres de diamètre (ou moins si le fœtus est un prématuré). » Il faut compléter par incision du col, ou dilatation artificielle jusqu'à cette dimension; avant d'intervenir, le plus souvent il la pratique sans anesthésie et quand il y recourt il fait une anesthésie rachidienne de préférence; une fois l'utérus évacué, il sera fait un tamponnement seul et des injections d'extrait hypophysaire et d'ergotine pour obtenir une bonne rétraction utérine et empêcher toute perte sanguine;

7° La crânioclasie peut être employée dans quelques cas, par exemple si on échoue pour placer le basiotribe;

8° Le procédé de Delmas, grâce à la rachianesthésie, mais son emploi est très discuté.

C) *Procédés chirurgicaux*

1° *Césarienne vaginale* : A été employée dans quelques pays étrangers, comme en Allemagne, en Italie et en Russie. Défendue en France, seulement par Fabre et les Lyonnais. Lévy, dans sa thèse, a eu 9 cas avec 9 guérisons; malgré son succès de 100 %, il ne reste pas partisan de cette opération, car il reconnaît l'impossibilité de se rendre compte des lésions utérines; et l'hémorragie peu abondante qui accompagne l'opération peut être désastreuse chez des femmes déjà anémiées. Il faut reconnaître qu'elle est une opération aveugle;

2° *La césarienne abdominale* : Semble être une opération de choix, car après son premier temps la laparotomie est le seul moyen, comme dit Portes, de se rendre compte de l'importance et de l'étendue des lésions, ainsi que de juger de la rétraction utérine une fois l'utérus vidé;

3° *L'hystérectomie* : On ne doit poser l'indication qu'une fois la laparotomie faite et d'après les constatations faites sur l'état anatomique et physiologique de l'utérus. Elle sera abdominale et sub-totale;

4° Pour terminer, nous rappellerons qu'il ne faut pas oublier *l'opération de Porro* qui a donné et donne encore de très bons résultats, et que, dans les cas très graves, et vus assez tardivement, elle devient l'intervention d'urgence par excellence.

Conduite à tenir.

1° Dans les cas légers, faire numération globulaire, qui peut nous guider pour combattre l'état d'anémie; instituer le traitement contre l'anémie et le choc, s'il existe, par tous les moyens : sérum glucosé, toni-cardiaques, réchauffer la malade, morphine, et recourir si besoin à la transfusion. Rupture large des membranes, et finir par forceps, version et extraction, etc... suivant les cas;

2° Dans les cas moyens, traiter d'abord l'anémie et le choc, ensuite l'hémorragie rétro-placentaire, mais plusieurs éventualités peuvent se produire :

a) Si, une fois porté, le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire, on constate la survie de l'enfant, il faut se hâter de faire une césarienne par voie abdominale. Evidemment, le pronostic fœtal favorisera cette conduite, mais en pratique on arrive en général auprès de la malade quand le fœtus a déjà succombé.

b) La femme est en travail depuis 1 ou 2 heures et

son état général non menaçant, col en voie d'effacement. Il faut attendre. *Conducta* spectatrice.

c) La femme a une dilatation entre 2 Fr. et 5 Fr., col résistant, etc. Il faut procéder à l'épreuve du travail par la rupture des membranes (quelquefois cela suffirait). On peut injecter de la morphine ou de l'hypophyse, ou bien finir la dilatation désirable par les moyens que nous avons déjà signalés, pour terminer l'accouchement par forceps, basiotripsie, version et extraction, etc...

Tout cela dépendra des cas, de la méthode préférable pour chaque auteur, ainsi que les conditions dans lesquelles on se trouve.

d) Si le col reste fermé, dur, ou si la dilatation commencée ne progresse pas, malgré les méthodes employées pour donner la dilatation désirable (ne jamais forcer), il ne faut pas hésiter et passer par la voie haute;

3° Dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire, le plus difficile est d'établir le diagnostic de l'apoplexie utérine; mais, une fois porté, il faut recourir d'emblée à la voie abdominale, en traitant d'abord, bien entendu, son état général, en luttant contre l'hémorragie et la toxémie, et recourir au besoin à la transfusion qui, dans ces cas, peut donner de très bons résultats.

Une fois la laparotomie faite, quelle est la conduite à tenir? Césarienne conservatrice, mutilatrice ou hystérectomie en bloc ?

a) L'hystérectomie en bloc : chaque fois que nous nous trouverons en présence de cas graves où l'utérus est condamné et en cas d'infection.

b) Césarienne conservatrice: elle sera faite chaque fois qu'on aura à faire à un utérus présentant des lésions macroscopiques peu importantes, avec une contractilité et rétractilité normales après évacuation.

C'est surtout à l'épreuve de la rétractilité qu'il faudra tenir compte; mais en cas de doute, hystérectomiser tou-

jours. Si on se décide pour l'hystérectomie, la sub-totale doit supplanter en principe la totale, en raison de la facilité bien plus grande.

c) Césarienne mutilatrice : on la décidera quand on est en présence d'un utérus qui présente des lésions apoplectiques assez importantes ou bien lorsque les lésions macroscopiques semblent minimales; mais après l'évacuation et l'épreuve de la rétractilité, l'utérus continue à saigner.

Pour finir, nous insisterons : une fois l'évacuation extemporanée de l'utérus réalisée, il faudra, en outre, appliquer d'une façon méthodique et complète le traitement de la toxémie.

Car si, de nos jours, l'amélioration très nette du pronostic immédiat tient sans aucun doute à l'emploi de plus en plus fréquent des interventions obstétrico-chirurgicales, il est certain que, seul, le traitement médical antitoxique peut assurer la guérison définitive.

Résumé de la conduite suivie dans nos observations :

Accouchements spontanés.....	12
Césarienne conservatrice.....	6
Césarienne suivie d'hystérectomie.....	4
Hystérectomie en bloc.....	4
Basiotripsie	2
Crânioclasie	2
Forceps	1
Version et extraction.....	1
Basiotripsie suivie d'hyst. 3 h. après.....	1
* Crânioclasie suivie d'hyst. 3 jours après..	1
* Césarienne vaginale et crânioclasie.....	1

* Ces deux dernières sont les seules malades mortes que nous avons eu.

OBSERVATIONS

*Recueillies à la Clinique TARNIER
Service de Monsieur le Professeur BRINDEAU
du 1^{er} Janvier 1924 au 30 Novembre 1936*

OBSERVATION I

N° 777-1924. *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétroplacentaire. Enfant mort.*

D... M..., 35 ans., II pare, III gest.

Ant. hér.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Réglée à 15 ans, époques irrégulières douloureuses.

Ant. obst. : I Gross. normale au terme de 8 mois 1/2. Enfant vivant. II gross. Avortement de 4 mois.

Gcst. Act.: D. R. 15 au 18 août. B.W. négatif.

Le 25 mars 1925, la malade est admise dans le service, envoyée par un médecin de la ville, car elle a fait une hémorragie assez abondante ; grossesse de 7 mois environ. Semble avoir eu déjà de petites pertes sanguines vers le 4^e mois ; craignant un nouvel avortement, on lui fait garder le lit. A ce moment, on fait B.W. avec résultat négatif. Utérus tendu, présentation du siège. B.D.C. sourds. Col perméable en voie d'effacement. Membranes non rompues. Urines normales. Perd un peu de sang rouge.

A 8 heures, la femme est pâle, choquée ; elle continue à perdre du sang. Pouls rapide. On la réchauffe et on la remonte un peu. Dil. entre 5 fr. et petite paume. B.D.C. négatif. Placenta prae-via ?

A 9 h. 15. Accouchement naturel d'une fille mort-née, pesant 2.120 grs. Délivrance immédiate suivie de gros caillots pesant 740 grs. Poids de la délivrance 420 grs. présentant une cupule remplie d'un caillot ancien. Il s'agit d'un hématome rétro-placentaire.

Suites normales. Quitte le service le 5 avril bien portante. Jamais d'albumine.

OBSERVATION II

N° 948-1924. *Hémorragie rétro-placentaire chez une albuminurique. Enfant mort. Guérison.*

G... T., 30 ans, III pare, III gest.

Ant. héré.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régée à 13 ans.

Ant. obst. : Accouchement à terme en 1920. Enfant vivant. Accouchement prématuré de 8 mois 1/2 en 1922. Enfant vivant.

Gest. Act. : D.R. 14 septembre.

Le 4 mai 1924 à 17 h. 10, la malade arrive dans le service amenée par une sage-femme de ville. pour hémorragie. Grossesse de 7 mois 1/2. Utérus augmenté de volume, tendu, présentation céphalique. B.D.C. ? Col en voie d'effacement. Urines albumineuses.

A 20 h., la femme saigne peu, pouls 104. B.D.C. non perçus.

A 21 h. 50, la femme devient pâle, pouls rapide, utérus toujours tendu. Extrémités froides. Dil. 5 fr. On lui fait du sérum sous-cutané de l'H.C. todd et on réchauffe la femme.

A 23 h., Expulsion d'une fille mort-née pesant 1.300 grs.; expulsion de caillots et de sang ; délivrance naturelle 5 min. après pesant 420 grs.

Suites: pendant les 48 heures qui suivent l'accouchement, la température oscille entre 37°8 et 39° ; urines albumineuses. T. A. 13.5-7.5 (après l'accouchement). Du 7 au 11 la température oscille entre 37° et 37°5. A partir du 12 la température est normale ; pas d'albumine dans les urines et la malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION III

N° 139-1925. — *Hystérectomie après césarienne pour hémorragie rétro-placentaire prise pour placenta praevia. Enfant vivant. Guérison.*

A... M., 34 ans, I pare, I gest.

Ant. héré.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Régée à 16 ans. Lésion du poumon droit à la suite d'une grippe. Ictère en 1918. Toujours très anémiée. Appendicectomie et ligamentopexie en 1921 à l'hôpital Saint-Antoine.

Gest. Act. D.R. 3 mai 1934.

Entre dans le service le 19 janvier 1925 au terme de 8 mois environ. Tête mobile au-dessus du D.S. Gros enfant. Bons bruits du cœur. Pas d'albumine.

Le 21-1-25 à 20 heures, grosse hémorragie. Sérums sous-cutané 500 grs.

*Interv. à 21 h. 45. — Hystérectomie pour hémorragie rétro-placentaire prise pour un placenta-*praevia*. Quantité de sang liquide importante. Anesthésie rachidienne. Résultat parfait. Quelques vomissements un quart d'heure après.*

Femme grasse ayant été opérée il y a trois ans par Lepart d'une ligamentopexie. Incision sous-ombilicale; on est gêné par la présence de deux ligaments ronds qui forment corde et qui ont provoqué des adhérences entre le segment inférieur et la paroi; on prolonge l'incision jusqu'au-dessus de l'ombilic. On peut alors mettre à nu une zone qui représente la face antérieure de l'utérus et qui est située entre les deux ligaments ronds.

Incision de l'utérus; on tombe sur des membranes intactes.

Ouverture de l'œuf. Extraction d'un fœtus assez volumineux, pâle, mais qui crie tout de suite. On sort alors l'utérus et on s'aperçoit alors que ses rapports sont complètement changés, à cause de la fixation des ligaments ronds et que surtout l'utérus est volumineux et flasque, recouvert de péritoine irrégulier et rougeâtre, comme s'il y avait eu des adhérences antérieures.

L'utérus livide présente quelques taches noirâtres et en arrière de l'insertion de la trompe une zone plus foncée extrêmement molle, donne au doigt une impression d'abcès.

On pratique l'hystérectomie rendue anormale par la tension des ligaments ronds; on arrive cependant à sectionner le col à 4 cms. environ au-dessus de l'orifice externe, très près de l'insertion vaginale.

Au moment de l'extraction du fœtus, il s'est écoulé par l'incision, des caillots noirâtres de la largeur et du volume d'un placenta de 6 mois environ.

L'ovaire gauche est laissé en place.

Par le vagin, saillie de 2 cms. du col environ.

Suites : Pendant 5 jours, la température s'est maintenue aux environs de 38°-38°4 pour retomber à la normale.

Quitte le service le 4 février, bien portante.

OBSERVATION IV

N° 1016-1926. — *Hémorragie rétro-placentaire chez une albuminurique, fœtus mort et macéré. Guérison.*

F... S..., 33 ans. II pare. II gest.

Ant. héréd. : Rien à signaler.

Ant. pers. : Réglée à 14 ans. Epoques régulières.

Ant. obst. : 1 accouchement à terme en 1923. Enfant vivant.

Gest. act. : D. R. 5 décembre.

Le 10 juin, la malade est hospitalisée pour albuminurie (3 grs.). T. A. 15,5-9. Sous l'influence du traitement, l'albumine diminue. B. D. C. ? La malade dit ne pas sentir remuer depuis quelques temps.

Le 15 juin à 6 h. 30, la malade perd du sang et accuse quelques douleurs. Utérus tendu, col perméable. Albumine, 1 gr. 50. T. A. 13,5-8.

A 7 heures, on transporte la malade à la salle de travail. Son état général s'altère. Elle est pâle. Pouls petit, rapide; elle continue à saigner; on lui fait du sérum glucosé, de l'H.C., sparteïne. On fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

A 11 heures, dilatation petite paume; on rompt les membranes.

A 11 h. 45, expulsion spontanée d'un fœtus macéré pesant 700 gr.; expulsion de caillots noirâtres sitôt derrière le fœtus. Délivrance spontanée pesant 300 grs., des caillots suivent le placenta. L'utérus reste mou. La femme continue à saigner. On lui fait 1 cm³ 1/2 d'hypophyse.

Suites:

Le 16 juin, T. 38°-38°8. Alb. 1 gr. T. A. 12,5-9.

Le 17 juin, T. 37°8-38°2. Alb. 0 gr. 50. T. A. 12,5-9.

Le 18 juin, T. 37°6-37°9. Alb. traces. T. A. 12,5-7.

Pendant les trois jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°5. Albumine 0. La malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION V

N° 438-1926. — *Césarienne conservatrice pour hémorragie rétro-placentaire. Enfant mort-né. Guérison.*

L... E..., 42 ans. II pare. II gest.

Ant. hér. : Rien à signaler.

Ant. pers. : Rougeole à 4 ans. Scarlatine à 17 ans.

Ant. obst. : 1 accouchement à terme. Enfant vivant. Albumine au cours de sa grossesse.

Gest. act. : D. R. ?

Le 5 mars 1926, la malade est admise dans le service pour pertes sanguines; utérus d'une grossesse de 8 mois environ, tendu. B.D.C. négatifs. Col perméable. Urines albumineuses.

A 9 heures, l'état de la malade devient inquiétant; on lui fait du sérum, de l'huile camphrée et on décide d'intervenir.

Interv. à 10 h. : Césarienne pour hémorragie rétro-placentaire, anesthésie à l'éther. Femme enceinte de 6 mois 1/2. Petite incision sous-ombilicale, incision verticale, le plus bas qu'on peut, intéressant le segment inférieur et le corps, on arrive directement sur la tête du fœtus, l'œuf est intact; derrière le fœtus il sort une certaine quantité de caillots; le placenta est en partie décollé; on l'extrait facilement.

A noter que l'utérus se contracte très énergiquement comme si la femme avait été anesthésiée sous rachis; on extériorise l'utérus pour l'examiner; il existe quelques plaques livides principalement au niveau du fond et des angles, mais les lésions ne sont pas suffisantes pour que l'on enlève l'utérus.

Suture de l'utérus en deux plans. Le placenta est en grande partie dégénéré; il y a deux décollements récents, deux dépressions en godets contenant des caillots.

Suites:

6 mars. T. 38°6-39°. Alb. 1 gr. 50. T. A. 12-7,5 (Vaquez).

7 mars, T. 38°5-37°. Alb. 1 gr.

8 mars, T. 37°8-38°4. Alb. 0 gr. 50. T. A. 11-6.

Les jours suivants, la température redescend aux environs de 37°. Traces d'albumine. La malade quitte le service sur sa demande avec des traces d'albumine dans les urines.

OBSERVATION VI

N° 2150-1926. — *Hystérectomie en bloc pour apoplexie utéro-placentaire. Guérison.*

E... V..., 38 ans. VII pare. X gest.

Ant. héréd. : Rien à signaler.

Ant. person. : Réglée à 17 ans, époques régulières.

Ant. obst. : 6 accouchements à terme. Enfants vivants. 3 avortements au terme de 3 mois.

Gest act. : D.R. 16 mars. Urines albumineuses.

Le 22 octobre 1926 à 16 heures. Gross. de 7 mois, utérus tendu, très dur, dureté ligneuse. Bruits du cœur non perçus. Col très dur, perméable. Température 37°8. Pouls 104. Perd un peu de sang. Tension 16,5-9. On diagnostique une hémorragie rétro-placentaire et on décide d'intervenir.

Interv. à 19 heures : Hystérectomie pour hémorragie rétro-placentaire. Femme très œdématiée. Incision au-dessous de

l'ombilic. On s'aperçoit que l'utérus est complètement infiltré de sang; on l'enlève en masse. Prolongement de l'incision au-dessus de l'ombilic. Extériorisation de l'utérus qui est violet, surtout à droite.

Face antérieure près du pédicule et face postérieure.

Les ligaments et surtout au niveau des ligaments infundibulo-pelvien sont très infiltrés de sang. On commence par lier les ligaments ronds et les ligaments infundibulo-pelviens.

Section du péritoine. Ligature de l'utérine droite. Section du col. Ligature de l'utérine gauche. La pièce étant enlevée, on s'aperçoit que la tranche de section du ligament large saigne en nappe. En effet, il est très friable et œdématié. Ligature des pédicules. Surjet sur le col. Points en V sur le ligament large qui saigne.

Péritonisation facile. L'opération a été prolongée du fait de l'infiltration de l'utérus et des ligaments larges.

Poids de l'utérus avec le fœtus et le placenta: 5.390 grs. 10 cm³ H.C. 250 cc de sérum.

Suites : La température s'élève à 41° le 3^e jour de l'opération pour retomber progressivement à 38°, elle s'y maintient en plateau jusqu'au 7^e jour pour redescendre aux environs de 37°4-37°6.

Quitte le service bien portant, trois semaines après l'intervention.

OBSERVATION VII

N° 2530-1926. — *Césarienne suivie d'hystérectomie. Apoplexie utéro-placentaire. Enfant mort-né. Guérison.*

H..., 24 ans. I pare. I gest.

Ant. hér. : Rien à signaler.

Ant. pers. : Régulée à 14 ans 1/2.

Gest. act. : D.R. 24 mars.

Le 15 décembre 1926, à 22 heures, la malade rentre dans le service. Grossesse de 8 mois 1/2. Pas d'albumine pendant sa gestation. Siègle fixé. Dil. 50 cm. Bruits du cœur; perçus. Perd un peu de sang. Urines albumineuses.

A 23 h., tension au Vaquez, 11,5-15. Pouls 88. Utérus tendu. Malaises, choc. Albumine 1 gr.

A 0 h., augmentation brusque de l'utérus; utérus très dur. Hémorragie externe de sang noir. Segment inférieur dur. Diag-

nostic d'apoplexie inter-utéro-placentaire; bruits du cœur non perçus.

Interv. Laparotomie sous-ombilicale, tache ecchymotique sur le fond de l'utérus. Incision de l'utérus en avant. Extraction d'un fœtus qui se présente par le siège en S.I.D.P., mort.

Délivrance par expression; caillots noirâtres derrière le placenta en assez grande abondance.

L'utérus étant très infiltré en arrière et dans le fond, on juge utile de terminer par une hystérectomie.

Hystérectomie subtotale, fermeture du col, péritonisation, fermeture de la paroi sans drainage.

Suites : Pendant les trois premiers jours, la température oscillé entre 38°2-38°6 pour retomber à la normale les jours suivants.

Quitte le service le 1^{er} janvier, bien portante.

OBSERVATION VIII

N° 1048-1927. — *Hémorragie rétro-placentaire. Dil. manuelle et bi-manuelle. Cranioclasie. Guérison.*

L... L..., 21 ans, I pare, I gest.

Ant. hér.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Réglée à 15 ans. Règles irrégulières, peu abondantes.

Gest. act. D.R. 12 au 17 octobre 1926. Urines normales. B.W. négatif.

Le 5 juin à 22 heures, la malade commence à perdre beaucoup de sang. Grossesse de 7 mois 1/2.

Le 6 juin, à 2 heures; elle entre à l'hôpital. Utérus cylindrique correspondant à une grossesse près du terme, utérus tétanisé, col dur et long non dilaté, hémorragie externe abondante; pas d'albumine dans les urines. T.A. 16-11. Pouls rapide.

A 8 h. Diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. On décide d'intervenir.

Interv. à 9 h. Anesthésie épidurale. L'utérus se relâche un peu. Le col est dilaté, 50 cms. Dilatation manuelle et bimanuelle comme une dilatation de grande paume environ. Pendant ces manœuvres, il s'écoule toujours du sang noir.

Crâniclasie et fracture du bras extraction d'une fille morte pesant 1.500 grs. Délivrance immédiate avec issue de volumineux caillots noirs. Révision utérine ramenant encore des

caillots. Injection utérine iodée; l'utérus se rétracte bien et la femme ne perd plus. Poids de la délivrance: 520 grs.

Suites:

9 juin 1927. U.N. T. A. 16-9.5.

10 juin 1927: U.N. T.A., 12-8.

Pas de température.

Quitte le service bien portante.

OBSERVATION IX

N° 1515-1927. — *Hémorragie rétro-placentaire. Acc. naturel après ruptures de membranes. Enfant mort. Guérison.*

A..., 38 ans. VII pare, IX gest.

Ant. héréd. Rien à signaler.

Ant. pers. Régliée à 13 ans.

Ant. obst. 1^{re} grossesse 1910. Accouchement à terme fille vivante. 2^e grossesse 1915: Acc. prématurée de 6 mois; enfant décédé 1 heure après la naissance. 3^e grossesse: 1916: Avortement de deux mois. 4^e grossesse 1918: Accouchement à terme, garçon vivant décédé à 28 jours; apparition d'albumine au 6^e mois de cette grossesse qui a persisté pendant un an. 5^e grossesse 1920: Accouchement prématuré de 7 mois, enfant vivant. — 6^e grossesse 1921: Accouchement à terme, fille vivante. — 7^e grossesse 1921: Avortement de trois semaines. 8^e grossesse 1924: Accouchement prématuré de 8 mois, enfant décédé 13 jours après sa naissance.

Gest Act. : D.R. 28 décembre 1927. Urines normales pendant la grossesse. B.W. négatif. Albumine à l'entrée dans le service. T.A. 10.5-8.

Le 31 juillet à 7 heures : Grossesse de sept mois, bruits du cœur faiblement perçus. Pertes de sang depuis plusieurs heures. Col perméable, non effacé, très antérieur, sommet non engagé.

A 8 heures. On ne recueille pas assez d'urine pour faire un tube d'Esbach.

A 9 h. 40, la femme perd du sang. On rompt les membranes. Dilatation 5 frs. Bruits du cœur non perçus. L'utérus est souple.

T.A. au Vaquez 10.5-8.

A 10 h. : Accouchement naturel au terme de 7 mois environ. Garçon mort-né pesant 1820 grs. Délivrance naturelle et complète pesant 520 grs. Placenta étalé, présentant une cupule, expulsion d'un caillot remplissant la cupule.

Il s'agit d'une hémorragie rétro-placentaire avec hémorragie mixte, avec albuminurie, seulement au moment du travail.

Suites: Rien à signaler. Quitte le service bien portante.

OBSERVATION X

N° 2391-1927. — *Hémorragie rétro-placentaire. Accouchement naturel après morphine. Enfant mort. Guérison.*

M., 40 ans, I père, I gest.

Ant. hér.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Régée à 17 ans.

Gest. Act.: D.R. 25 février.

Le 10 décembre 1927, à 20 h. 45. — Cette malade est admise à la salle de travail avec hémorragies assez abondantes. Il s'agit d'une grossesse à terme dont le début du travail fut marqué par une perte assez considérable de sang noirâtre. Au palper l'utérus est constamment tendu. Présentation en O.I.D.P. Le poulx est normal. Au toucher le col est effacé. Les membranes sont rompues ; aucun foyer d'auscultation. U. normales T.A. 14-9 au Pachon.

A 5 h. 30, la *dilatation* est de 1 fr. L'utérus reste tendu. On fait une injection de 1 cm³ de morphine.

A 9 h., la dilatation est complète.

A 9 h. 40, la tête se dégage en O.S.

De gros caillots noirâtres sont exprimés de l'utérus aussitôt après l'expulsion du fœtus. L'enfant du sexe féminin mort-né pèse 3.050 grs. La délivrance est naturelle, le placenta paraît complet; il pèse 500 grs. La tension constante de l'utérus, l'expulsion de gros caillots noirâtres, malgré le poulx normal tendent à prouver l'hémorragie rétro-placentaire. Pas d'albumine dans les urines, ni avant ni après l'accouchement.

Suites: Le 12 décembre 1927: Urines normales T. A. 15-8 (Pachon).

Pas de température, mais le poulx a tendance à se maintenir aux environs de 100.

Quitte le service 10 jours après; bien portante.

OBSERVATION XI

N° 1479-1928. — *Hémorragie rétro-placentaire chez une albuminurique avec insertion basse du placenta. Extraction de siège*

décomplété mode de fesses. Basiotripsie sur la tête dernière. Délivrance artificielle. Guérison.

J... D., 23 ans, I pare.

Ant. héréd.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Réglée à 13 ans. Epoque régulières abondantes indolores. Congestion pulmonaire à 22 ans.

Gest. Act. D.R. 14 au 18 novembre. B.W. positif.

Le 3 août 1929 à 2 h. Perdant du sang, la malade vient consulter à Tarnier. Grossesse de 8 mois 1/4 environ. Utérus contracté. B.D.C. non perçus. T.A. 13.5-11 au Vaquez. Urines albumineuses. Œdème des membres inférieurs. Pouls 84. T° 37°2. Mauvais état général. Dit avoir eu des pertes sanguines vers le 4^e mois.

A 3 h., pouls 76. Col dilaté pour 2 fr. S.I. tendu. Au travers de l'orifice on sent une masse mollassse et on pose le diagnostic de placenta praevia central. 10 cm3. H.C. 1 cm3 spartéine, 500 cm3 sérum glucosé.

A 5 h. 15. Pouls 88.

A 6 heures, pouls faible à 100. La femme saigne encore mais moins abondamment. T° 36°7.

A 7 h. 30, état général s'améliore. Pouls à 96.

A 9 h. 25. Pouls 108. T. 37°7.

Interv. A 9 h. 45. Hémorragie rétro-placentaire chez une albuminurique présentant d'autre part, un placenta inséré bas. Utérus très tendu, très dur, remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, dilatation entre 2 et 5 frs. Membranes non rompues. Impossible au palper de reconnaître la présentation. On rompt la poche des eaux, les membranes sont épaisses et rugueuses. Il s'écoule alors un liquide très fortement teinté de sang et quelques caillots.

Il s'agit d'une présentation de siège décomplété, mode de fesses en S.I.G.P.

On introduit la main et l'on va à la recherche d'un pied.

Abaissement du pied antérieur. Extraction lente d'un fœtus très petit qui s'extrait très facilement sauf pour la tête, le col étant rétracté autour du cou. On perfore la tête derrière au niveau de l'écaille occipitale et on place le basiotribe avec quelque difficulté pour la 2^e cuiller droite.

Broisement du crâne. Extraction facile de la tête derrière fœtus pesant 1820 grs., sexe masculin. On vérifie alors le S.I. qui est absolument intact, flasque. On profite de cela pour prati-

quer une délivrance artificielle immédiate. Le placenta est inséré sur le côté droit et assez bas. Pendant la délivrance on ramène de volumineux caillots qui avaient décollé le placenta. Poids du P. 320 grs. Injection intra-utérine 1 cm3 d'hypophyse. L'utérus semble un peu ramolli.

Anesthésie au chloro et épidurale. L'anesthésie épidurale paralysait suffisamment le col, pour permettre l'introduction de la main.

Suites :

Le 4-8-29, T° 38°-39°5. Pouls 104. Alb. 1 gr.

Le 5-8-29. T° 39°-39°8. Pouls 112. Alb. 0 gr. 25.

Le 6-8-29. T° 39°-38°5. Pouls 130. Alb. ?

Le 7-8-29. T° 38°-37°5. Pouls 102. Alb. 0 gr.

Les six jours suivants la température oscille entre 37°5 et 38°4 pour retomber à la normale le 14-8-29. Les 9-10-11, pouls à 140. Le 13-8-29, T.A. 10.5-6 au Vaquez. Le 18 T.A. 11-6. Le 22 T.A. 12-6.

Examens de laboratoire : Le 8-8-1929 :

Glob. rouges : 1.624.000.

Globules blancs : 2.000.

Hémogl. : 60 %.

Hecht ———+ positif faible.

W ———+ positif faible.

Calmette + + ——— partielle positif.

Floculation 2.

Le 10-8-29 : albumine 0. Pas de pus, présence du coli et du staphylocoque.

OBSERVATION XII

N° 1638-1928. — *Césarienne basse suivie d'hystérectomie pour apoplexie utérine. Enfant mort. Guérison.*

J... E..., 33 ans. I pare, I gest

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Réglée à 12 ans, époques régulières. Rhumatismes infectieux à 30 ans. Vomissements jusqu'au 4^e mois de sa grossesse.

Gest. Act. D.R. 25 novembre. Urines albumineuses. Pas d'observation.

Interv. Le 24-8 à 5 heures. Césarienne suivie d'hystérectomie

chez une femme enceinte de 8 mois 1/2 pour gros hématome rétro-placentaire. Incision de la paroi abdominale ; on constate que les tissus sont absolument exempts ; l'utérus apparaît violacé avec des taches ecchymotiques. Décollement du péritoine. Celui-ci est œdématisé et renferme du liquide ; il se clive très facilement. Incision du segment inférieur. Extraction facile d'un enfant mort pesant 2.400 grs. du sexe masculin. Extraction du placenta par simples tractions. Poids 400 grs. derrière se trouve de volumineux caillots remplissant tout l'utérus d'un litre de sang environ.

Devant les lésions du corps utérin, on pratique une hystérectomie sub-totale.

Opération facile. Suture du moignon cervical par des points séparés. Ligature des utérines et des pédicules utéro-ovariens.

Péritonisation extrêmement simple. Fermeture de la paroi en trois plans avec crins profonds et bourdonnets. Anesthésie à l'éther. Solucamphre. Spartéine. Sérum glucosé. Huile camphrée.

Suites : 28-8 : Albumine 0 gr. 50. — 29-8 : Albumine 0 gr. 50. — 31-8 : Albumine 0.

Pendant les dix premiers jours la température est aux environs de 37° le matin, et 37°6 le soir.

Le 5-9, brusque élévation de la température oscillant entre 38°6 et 40° et cela pendant une durée de 15 jours puis retour à la normale.

Au commencement de la poussée de température on refait une analyse des urines, on les trouve normales. On fait également une numération globulaire qui donne :

Globules rouges : 1.450.000.

Globules blancs : 16.700.

Hémoglobine : 50 %.

La malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION XIII

N° 1755-1928. — *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire.*

G... L..., 31 ans, VI^e pare, VI^e gest.

Ant. hér. : Mère décédée d'un cancer utérin.

Ant. pers. : Régliée à 13 ans.

Ant. obst. : 3 accouchements à terme, 2 accouchements prématurés. Hémorragie aux deux derniers accouchements. Jamais d'albumine dans les urines.

Gest. Act. : D.R. 25 janvier ? U.N. B.W. négatif.

Le 9 septembre, à 8 h. Utérus plus développé que pour une grossesse de sept mois, tête en bas mobile, utérus tendu, bruits du cœur perçus à gauche, col presque effacé perméable. Pas d'albumine.

A 14 h. 10. Accouchement naturel au terme de 8 mois fille vivante pesant 2.480 grs. Délivrance naturelle présentant une cupule renfermant un caillot récent.

Suites : Angine au 14^e jour d'accouchement.

Quitte le service bien portante.

OBSERVATION XIV

N° 346-1929. — *Hémorragie rétro-placentaire chez une femme qui a présenté de l'albumine seulement au moment du travail. Enfant mort.*

A... Cl..., 39 ans, I pare, IV gest.

Ant. héréd. : Rien de particulier.

Ant. pers. : Régliée à 13 ans, irrégulières, abondantes, douloureuses.

Ant. Obst. : 1 avortement de deux mois en 1915. Suites normales. 1 avortement de six semaines en 1920. Curettage. Un avortement de six semaines en 1924. Suites normales.

Gest. Act. D.R. 2 au 7 juin. B.W. négatif.

Entre dans le service le 1^{er} février 1929 à 7 h. Perd un peu de sang. Grossesse de 8 mois environ. Utérus tendu. Petit fibrome au niveau du fond utérin (face antérieure) et au niveau de la fosse iliaque droite. Tête appliquée au D.S. B. D. C. non perçus. Pouls bien frappé. Col perméable. Urines albumineuses. Jamais d'albumine avant. T.A. 12-8 au Pachon et 12-9 au Vaquez. 10 cm³ H.C.

A 13 h. 25. Tête à la partie moyenne de l'excavation. Dil. petite paume.

A 14 h., dilatation complète, rupture artificielle des membranes.

A 14 h. 25. Accouchement prématuré de 8 mois. Garçon mort né pesant 2.650 gr. Délivrance naturelle. Cupule sur la face utérine. Infarctus assez récent. Poids de la délivrance 400 gr., 10 cc. H.C.

Suites normales. Pas d'albumine.

Quitte le service bien portante.

OBSERVATION XV

N° 821-1930. — *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire.*

A... D..., 22 ans, II pare, II gest.

Ant. hér. : Rien de particulier.

Ant. pers. : Réglée à 13 ans, régulièrement.

Ant. obst. : 1 accouchement en 1929. Enfant vivant.

Gest. Act. : D.R. du 2 au 5 août.

Le 9 mai 1930. — Grossesse de 8 mois 1/2. Dil. 1 fr. Col épais, perd un peu de sang. Urines normales. B.D.C. ++

Le 10-5-1930 à 0 h. 15. Dil. 5 fr.

A 1 h. 45 : Accouchement prématuré de 8 mois 1/2. Garçon vivant pesant 2.950 gr. Délivrance spontanée complète pesant 550 gr. De gros caillots de sang suivent le placenta, qui présente une cupule avec des caillots récents, ce qui fait penser qu'il y a une hémorragie rétro-placentaire.

Suites absolument normales.

OBSERVATION XVI

N° 1086-1930. *Hémorragie rétro-placentaire envoyée pour placenta praevia. Enfant mort-né.*

O... V..., 24 ans, I pare, I gest.

Ant. hér. : Rien à signaler.

Ant. pers. : Réglée à 15 ans, époques régulières.

Diphthérie. Angine de Vincent.

Gest. Act. : D.R. 11 au 18 novembre 1929.

17 juin 1930. — Cette malade est envoyée à l'hôpital pour placenta praevia. Grossesse de sept mois, col long fermé. Perd un peu de sang. Aurait fait une hémorragie. Utérus un peu tendu. Auscultation négative. Elle ne sent plus remuer depuis 18 heures.

Le 21-6-1930, à 17 h. 30. Col effacé. Pas de dilatation.

A 20 h. 45. Dilatation lenticulaire.

Le 22-6-1930, à 5 h. 40. Accouchement normal. Garçon mort-né et macéré pesant 1720 grs. Déliv. naturelle et complète pesant 350 grs. Expulsion de quelques caillots derrière le placenta. Urines normales. T.A. Vaquez 12.5-7.5. Pouls 56., 15 cm3 H.C.

Suites : Absolument normales.

OBSERVATION XVII

N° 2093-1930. — *Cranioclasie pour apoplexie utéro-placentaire. Trois jours après; hystérectomie totale pour spacie de l'utérus. Mort.*

F... L..., 25 ans, II pare, II gest.

Ant. héréd. : Mère ayant accouché prématurément de deux jumeaux.

Ant. pers. : Réglée à 15 ans. Epoques régulières. Indolores et peu abondantes.

Ant. obst. : 1^{re} grossesse: Accouchement prématuré au terme de sept mois, enfant mort et macéré de deux mois. Suites de couches normales.

Gest. Act. : D.R. 12 mai 1930.

Entre dans le service le 9 décembre 1930 au terme de sept mois. Entre à 12 h. 15 avec le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire posé par une sage-femme de la ville. B.W. positif il y a sept mois. Traité.

Femme pâle, présentant une dyspnée légère ainsi qu'une certaine torpeur. Intoxication caractérisée. Pouls ralenti à 48.

Tension au Vaquez 16-12. Le sondage ne ramène pas d'urine.

L'utérus dur comme du bois remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le col est résistant et la dilatation de 2 fr. Le segment inférieur est assez bien formé, mais tendu. Perte de sang noir en très faible quantité. Pas de B.D.C. La femme présentait depuis le 8-12 à 15 heures des contractions très douloureuses. Un nouveau prélèvement montre la présence d'une albuminurie massive. Présentation : petite tête engagée.

Interv. Sous rachianesthésie. Incisions antérieure et postérieure du col. Perforation et crânioclasie. Extraction d'une fille normalement constituée pesant 1.320 grs. Délivrance complètement décollée venant spontanément, suivie de caillots noirâtres. Pas d'hémorragie après l'évacuation de l'utérus. Deux points sur la lèvre antérieure. Glace, huile camphrée. 500 grs. de sérum adrénaliné intra-veineux.

Suites:

10-12: Urines, 700 grs.; Albumine, 4 grs. Tension : 11-7 au Vaquez.

11-12: Urines, 700 grs.; Albumine, 2 grs.

12-12: Urines, 250 grs. Au matin, vomissements. Pouls rapide à 104. Abdomen météorisé avec défense musculaire ; dans la

matinée, vomissements poracés. On pose le diagnostic d'hémorragie transutérine ou de sphacèle de l'utérus.

Interv. — Laparotomie médiane, sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine écoulement de sang noir d'odeur fétide. Les anses intestinales sont dépolies. L'utérus est noir, parsemé de suffusions sanguines, les ligaments larges sont un peu infiltrés.

Hystérectomie totale : le col est sphacélé ; les tissus pelviens et le vagin sont infectés. Drainage au Mikulicz.

13-12 : Dyspnée subite. Pouls rapide. Décès en quelques minutes par embolie.

Autopsie : Péritonite généralisée.

OBSERVATION XVIII

N° 899-1931. — *Hémorragie rétro-placentaire chez une primipare albuminurique. Forceps. Enfant mort. Guérison.*

M... L... G., 27 ans, I pare, I gest.

Ant. héré. : Rien de particulier.

Ant. pers. : Régulée à 13 ans, règles irrégulières. Rhumatismes articulaires à 19 ans.

Gest. Act. : D. R. 11 septembre 1930. Urines. traces d'albumine. B.W. négatif.

Entre dans le service le 22 mai 1931, au terme de huit mois ; a eu quelques douleurs. B.D.C. ++ Lavement laudanisé après lavement évacuateur.

23 mai. Tension au Vaquez 12-8. A perdu du sang. Présence d'albumine dans les urines. Bruits du cœur non perçus. Céphalée. Brouillard devant les yeux. Léger œdème des membres inférieurs et sus-pubien. Dil. 50 cts.

11 heures. B.D.C. ++ mais lointains.

A 14 h., hémorragie assez abondante, petite syncope. Pouls à 112. Solucamphre 10 cm3.

A 15 h., sérum adrénaliné 1.000 cm3. L'hémorragie continue, la malade se choque. Solucamphre 10 cm3. B.D.C. non perçus.

A 17 h. Gauche postérieure très mal fléchie.

A 10 h. Dilatation complète. La femme ne saigne plus.

A 21 h., application de forceps Tarnier pour non progression de la tête fœtale, dégagement en O.S. Enfant mort présentant un gros foie, grosse rate et de l'ascite. Poids du placenta 730 grs. Poids des caillots 450 grs. Tamponnement.

Suifles : La température oscille entre 38° et 39° pendant 10

jours. Un examen d'urine pratiqué le 3 juin révèle la présence de pus mais pas de coli, pas d'albumine.

Quitte le service bien portante.

OBSERVATION XIX

N° 1437-1931. — *Hémorragie rétro-placentaire. Incision du col. Basiotripsie. Transfusion et hystérectomie pour hémorragie secondaire. Guérison.*

L... T..., 20 ans, I pare, I gest.

Ant. héréd. : Rien de particulier.

Ant. pers. : Régliée à 12 ans. Epoque régulières, indolores.

Gest. Act. : D.R. 1^{er} au 6 décembre 1930. Urines normales.

Entre dans le service le 17 août 1931 au terme de 8 mois. La femme qui ne perd actuellement plus dit avoir perdu une faible quantité de sang auparavant.

Tête amorcée, dos à gauche. B.D.C. Bons.

12 h. 15. Col en voie d'effacement.

15 h. 30. Nouvelle hémorragie accompagnée de quelques douleurs ; les B.D.C. ne sont plus perçus. Dil. 2 frs. Membranes intactes. Insertion basse ?

15 h. 45. — Rupture artificielle des membranes ; on perçoit de nouveau les B.D.C. très lents.

16 h. — *L'utérus* qui était il y a une demi-heure à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic remonte maintenant jusqu'à l'appendice xyphoïde Il est gros et dur. L'hémorragie externe continue. Plus de B.D.C. Dilatation à petite paume. On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Interv. à 17 h. 15. — Incision d'un cent. sur la lèvre ant. du col. Basiotripsie sur la tête engagée en transverse. Délivrance immédiate suivie de gros caillots.

La femme cependant continue à saigner. Tamponnement intra-utérin. Hypophyse.

19 heures. Transfusion. La femme saigne toujours.

Interv. à 20 heures. Sous anesthésie rachidienne. Incision sous ombilicale. L'utérus apparaît fortement rétracté sous l'influence de la rachi ; au niveau des ligaments larges, surtout du côté droit, grosses infiltrations violacées. Hystérectomie. Péritonisation et fermeture sans drainage.

Suites : La température se maintient pendant deux jours à 38°, puis retour à la normale.

Quitte le service en bon état le 31 août.

OBSERVATION XX

N° 1487-1931. — *Basiotripsie après incision du col pour hémorragie rétro-placentaire. Guérison.*

J... Th., 33 ans, I pare, I gest.

Ant. héré: Rien à signaler.

Ant. pers. : Rien à signaler.

Gest. Act. : D.R. ? novembre, B.W. négatif.

Le 25 août, à 7 h. 30. Tête mobile, col en voie d'effacement, bons bruits du cœur. Pas d'albumine.

A 8 h. 30. La femme perd du sang rouge assez abondamment; elle est pâle; le pouls accéléré. On rompt largement les membranes pensant qu'il s'agit peut-être d'une placenta inséré bas. B.D.C. ? 10 cm³) H.C.

A 10 h. 30. Diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. On intervient sous rachianesthésie, basiotripsie après incision ant. et post. du col. Fille pesant 1.510 grs. Délivrance naturelle qui porte sur la face utérine la cupule de l'hématome.

Aussitôt derrière la délivrance il s'échappe des caillots noirs. La malade ayant saigné assez abondamment, on lui fait 500 cm³ sérum sous-cutané, 20 cm³ H.C.

Suites : Normales. La malade quitte le service 11 jours après, bien portante.

OBSERVATION XXI

N° 2035-1931. — *Placenta praevia compliqué d'hémorragie rétro-placentaire. Version et abaissement d'un pied. Accouchement naturel. Albuminurie. Enfant mort-né. Guérison.*

H... P., 23 ans, II pare, II geste.

Ant. héré.: Rien à signaler.

Ant. pers.. Réglée à 15 ans, époques irrégulières.

Ant. obst. Première grossesse en 1929, accouchement à terme, enfant bien portant. *Albuminurie pendant la grossesse.*

Gest. Act.. D. R. 26 mars.

Le 18 nov. 1931 : Gross. de 8 mois. 5 grs. d'albumine à son entrée dans le service.

A 20 h.: Siège décomplété mobile, dilatation nulle, placenta recouvrant l'orifice du col, perd du sang, bon état général, les bruits du cœur sont bons.

On sonde la femme, mais on ne recueille pas d'urines.

Le 19 nov. 1931, à 1 h.: Fortes contractions utérines, utérus

tendu, perd très peu de sang. On fait 1 cm³ de morphine. A cinq heures, nouveau sondage, pas d'urine.

A 7 h. on recueille des urines par sondage; le dosage d'albumine révèle la présence de 5 grs. T. A. au Vaquez 21-15.5; l'hémorragie devient plus abondante.

A 10 h.: col très en arrière, utérus toujours tendu, pas de dilatation; on peut cependant introduire 2 doigts dans le col relativement souple. Anesthésie au chlorure d'éthyle, rupture des membranes; on sent le placenta inséré à gauche près du col.

Partie fœtale très élevée, petit membre à bout de doigt. On enlève les gants; on pratique un toucher manuel et on constate une présentation de l'épaule, tête dans la fosse iliaque gauche.

Abaissement du pied à la vulve.

A 9 h.: Accouchement naturel en S. I. G. A. chez une femme en travail depuis 24 heures, ayant fait une hémorragie pour insertion marginale du placenta, compliquée d'hématome rétro-placentaire et d'albuminurie massive.

Extraction facile de l'enfant du sexe masculin, mort-né, pesant 2.665 grs.

Après une demi-heure d'intervalle, sans hémorragie, la délivrance se fait sans expulsion de caillots.

Bonne rétraction utérine; la femme ne saigne plus.

Poids du placenta et des caillots: 760 grs. Les membranes sont complètes, mais il n'y a pas de petit côté. Le placenta est épais dans ses deux tiers inférieurs, il est tomenteux, déchiqueté et présente des alvéoles logeant des caillots noirâtres; son tiers supérieur est rouge et congestionné.

Suites :

21 nov. 1931 : albumine 1 gr. 75 ;

23 nov. 1931: albumine 1 gr. T. A.: 11-16.5.

26 nov. 1931: albumine 1 gr. T. A.: 10-15.5.

28 nov. 1931: albumine 0 gr. 75. T. A.: 10-16.5.

1^{er} déc. 1931: albumine 0 gr. 50.

Quitte le service, bien portante, le 5 déc. 1931, avec traces d'albumine.

OBSERVATION XXII

N° 561-1932. — *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire chez albuminurique. Enfant mort-né.*

S... M..., 20 ans, I pare, I geste.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Réglée à 15 ans et demi, époques régulières.

Gest. Act.: D. R. 25 au 28 juillet. Traces d'albumine à partir du mois de février. B. W. négatif.

Le 31 mars, à 2 h. 5, la malade se présente à Tarnier pour pertes de sang survenues vers 19 heures. Gross. de 8 mois. A l'examen, on trouve une tête engagée. Dilatation 2 fr. Utérus tendu. Bons bruits du cœur. T. A.: 10-7.5.

A 2 h. 15: Rupture artificielle des membranes.

A 3 h. 30: Dilatation complète, bons bruits du cœur; on fait pousser la femme.

A 3 h. 50: Accouchement naturel au terme de 8 mois. Fille mort-née pesant 2.100 grs. Délivrance naturelle. Caillots noirâtres sur la face utérine. Poids de la délivrance plus les caillots: 800 grs.

Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire.

Suites : Normales. Traces d'albumine, les 3 premiers jours qui suivirent l'accouchement. T. A.: 7.5-9.5.

La malade quitte le service 12 jours après, bien portante.

OBSERVATION XXIII

N° 785-1932. — *Césarienne basse conservatrice pour hémorragie rétro-placentaire. Enfant vivant. Guérison.*

M.. B..., 26 ans, II pare, II geste.

Ant. hér.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Réglée à 16 ans, époques régulières depuis l'âge de 18 ans.

Ant. obst. : 1^{re} gross. : à 21 ans; après une grossesse normale, accouchement provoqué au terme de 7 mois et demi; enfant pesant 2.500 grs. Suites de couches normales. Trois mois après l'accouchement, réapparition des règles sous forme d'hémorragies très abondantes, traitées par des injections chaudes. Actuellement, époques régulières, normales.

Gest. Act.: Dernières règles du 23 au 26 juillet 1931. Urines normales. B. W. négatif.

La grossesse s'est déroulée jusque là normalement, sauf un séjour au lit ces deux derniers mois, pour varices avec périphlébite.

Entre dans le service le 6 mai 1932, au terme de 8 mois et demi.

Premières douleurs le 6 à 19 heures. Pas d'albuminurie.

A 23 h. 30 : Douleurs subintrantes, *spasmalgine*, dilatation 1 franc; les douleurs s'atténuent.

A 7 h. 5: Les douleurs dans la matinée deviennent de nouveau plus fortes, et sont rapprochées toutes les cinq minutes.

A 13 h. 40: La femme est prise d'un brusque malaise avec pâleur, sueurs profuses, respiration superficielle, extrémités froides. Le pouls est filant et petit, en même temps l'utérus devient tendu de façon permanente. Les bruits du cœur sont très ralentis. Légère amélioration dans les minutes qui suivent. T. A. 11.5-7 au Vaquez.

A 14 heures: L'état de la femme empire, le pouls est imperceptible, la tension nulle. L'utérus reste tendu en permanence, les bruits du cœur s'assourdissent encore.

On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Interv. : A 14 h. 30. Anesthésie à l'éther, incision sous-ombilicale; l'utérus ne présente pas de lésions macroscopiques. Césarienne basse et extraction d'un enfant pesant 3.750 grs., vivant et de sexe masculin. Placenta de 490 grs décollé, quantité abondante de sang liquide et de caillots dans l'utérus. Celui-ci, après une injection d'hypophyse dans sa paroi, se contracte bien et ne saigne pas. Fermeture habituelle sans drainage.

Transfusion de 400 grs. Sérum 500 grs.

Suites: La température, de 38°8, en deux jours revient à la normale. La mère et l'enfant quittent le service bien portants.

OBSERVATION XXIV

N° 371-1933. — *Hémorragie rétro-placentaire chez une albuminurique. Crânioclasie. Guérison.*

E.. P., 33 ans, I pare, I gest.

Ant. hér.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régliée à 15 ans, époques régulières. Bronchite à 29 ans, suivie de sinusites, avec deux rechutes dans les 2 années suivantes.

Gest. Act.: D. R. du 22 au 26 juillet. B. W. négatif.

Cette malade a été hospitalisée le 22 février 1933; à 7 mois environ de sa grossesse, pour albuminurie (4 gr. 50), avec œdèmes généralisés. T. A. 18-10 au Vaquez. On la met à la diète hydrique absolue pendant 48 heures. Au bout de 48 heures, on fait un nouveau dosage de l'albumine et on voit qu'elle avait augmenté (6 gr.). T. A. 15-7.5 (Vaquez). Dosage de l'urée: 0,55 par litre. L'examen oculaire: normal. L'émission des urines

était de 250 cc. par jour. Pendant les 4 jours suivants, la quantité d'urine émise a oscillé entre 500 et 750 cc.; albumine massive (indosable); T. A. 18.5-9.5 (Vaquez). Urée sanguine 0,55 par mille. Du 1^{er} mars jusqu'au 9, la quantité d'urine augmente (1250 cc.), l'albumine diminue (7,5 — 5 — 4,75 — 4 — 3,75, etc..) jusqu'à 1 gr. 75. La T. A. a oscillé entre 16.5-10 et 16-9.5. Le 10 mars, 1500 cc. d'émission urinaire; l'albumine remonte à 3 gr. 25 et la T. A. est de 16.5-10.

Le 12 mars 1933, à 8 h. 30, la malade éprouve quelques douleurs; en même temps qu'elle perd un peu de sang, col long et fermé; B. D. C. non perçus.

A 9 h. 45: On transporte la malade à la salle de travail pour mauvais état général, pertes sanguines, choc, contracture de l'utérus. On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire, et l'on fait faire 1 cm3 spasmalgine et 500 cm3 sérum glucosé.

A 11 h. 30: On était pour faire une césarienne vaginale, mais dans le courant de la matinée, la dilatation ayant atteint une petite paume de main et le col s'étant aminci, il suffit de le sectionner en avant. La tête descend immédiatement. On perfore le crâne et on extrait la tête par crânioclasie; fœtus tout petit. Il y a des caillots noirs sitôt derrière le fœtus, et il s'agit à n'en pas douter d'une hémorragie rétro-placentaire ayant décollé au moins le tiers du placenta. Fille pesant 1400 grs et le placenta 280 grs.

Suites: Le 13 mars 1933: T. 37°2-38°7 — T. A. 11.5-6.5 — Alb. traces. 1.000 cc. urines.

Le 14 mars 1933: T. 37°4-38°4 — T. A. 11.5-6.5 — Alb. traces. 1.250 cc. urines.

Le 15 mars 1933: T. 36°6-37° — T. A. 11.5-6.5 — Albumine, 0 gr. 75. Urine, 500 cc.

A partir du 16, la température est à 36°8-37°; T. A.: 12-7 au Vaquez. l'albumine, pendant deux jours 0 gr. 50; ensuite; traces; et crise urinaire (1.500 à 2.000 cc. d'urines). La malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION XXV

N° 1818-1933. — *Eclampsie convulsive compliquée d'hémorragie rétro-placentaire sans apoplexie utérine. Césarienne basse conservatrice. Enfant mort. Guérison.*

L... C..., 39 ans, I pare, II geste.

Ant. hér.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Régée à 14 ans.

Ant. obst.: Avortement de 2 mois en 1926.

Gest. Act.: D. R.: 27 février au 1^{er} mars, 1933, Urines albumineuses.

Entre dans le service le 30 octobre 1933, à 23 heures, au terme de 7 mois et demi. A perdu un peu de sang et fait une crise d'éclampsie en taxi. Peu d'albuminurie. T. A. au Vaquez 20-11.

Actuellement, la femme ne perd plus. Dilatation pour un franc. Membranes intactes.

A 23 h. 05: Deuxième crise d'éclampsie d'une durée de deux minutes.

A 23 h. 25: Troisième crise, morphine.

La femme est actuellement dans un coma profond.

La femme perd de nouveau du sang; l'utérus est tendu, contracturé; on ne perçoit pas de bruits du cœur.

On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Interv. : A 24 heures: Anesthésie au chloroforme, césarienne basse. Le segment inférieur n'étant pas formé, on est obligé d'inciser un peu le corps. Extraction d'un enfant en état de rigidité cadavérique de 2.600 grs. La délivrance suit de suite et la main prolongée dans l'utérus ramène 500 grs. de caillots.

Le corps de l'utérus et la tranche de section semblent normaux, pas de suffusions sanguines, mais la matrice est très flasque et saigne abondamment.

Hypophyse intra-utérine, ergotine et hypophyse sous-cutanées.

Bonne rétraction utérine, hémostase complète.

Fermeture habituelle sans drainage.

Dès la fin de l'opération, la femme revient à elle.

Suites: 31 octobre 1933: La malade est pleinement consciente, albumine 0 gr. 50. T. A.: 15-11.

Le 1^{er} novembre 1933: Albumine 0 gr. T. A. 14-8. Régime lacté intégral.

Le 8 novembre: Régime lacto-végétarien.

Le 12 novembre: Régime normal.

Le 18 novembre: Quitte le service bien portante.

OBSERVATION XXVI

N° 235-1934. — Césarienne basse conservatrice pour hémorragie rétro-placentaire. Enfant vivant. Guérison.

M. L... B..., 22 ans, I pare, I gest.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Règles irrégulières, peu abondantes.

Mastoïdite à 12 ans et demi, après otite de deux ans. Anémie. Crises d'épilepsie.

Gest. Act.: D. R.: 8 mai 1933. Urines normales. Pendant les deuxième, troisième et quatrième mois: vomissements répétés deux fois par jour, matin et midi. Douleurs lombaires assez marquées. Au cinquième mois, la malade vient consulter et refuse de rentrer à l'hôpital. Les vomissements diminuent et les douleurs lombaires augmentent. La malade a souvent des sensations de doigts morts étourdissements et mouches volantes. Pas d'albumine dans les urines. Au septième mois: traces d'albumine dans les urines; sous l'influence du régime, l'albumine disparaît. Beaucoup de pertes blanches au cours de la grossesse. Quelques jours plus tard, la malade éprouve de violentes douleurs abdominales, présente une perte de liquide. Urines teintées de sang. Sous l'influence d'un lavement laudanisé après lavement évacuateur, tout rentre dans l'ordre.

Le 3 novembre 1934, à 9 heures: Admission de la malade dans le service pour hémorragie assez abondante, de sang un peu noirâtre, avec de gros caillots, qui aurait débuté à 8 h. 15. En même temps, petites douleurs abdominales qui auraient été ressenties les 2 jours précédents.

Examen d'entrée: grossesse à terme. Tête en bas engagée. Utérus discrètement tendu. Col effacé. Dilatation: 50 cents. T. A.: 12-8.5 au Vaquez. Pas d'albumine. On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire et la malade est opérée aussitôt.

Intervention: Césarienne basse sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle et éther, parce que la femme est agitée et ayant déjà perdu beaucoup de sang.

Incision verticale sous-ombilicale; la vessie est rétro-pubienne, la zone décollable est très étendue. Le péritoine est décollé facilement. Incision verticale du S. I. Extraction facile d'un garçon vivant pesant 3.190 grs. On fait 1 cm³ d'hypophyse dans le muscle utérin. On enlève à la main les caillots qui sont pour la plupart anciens. Délivrance par expression. D'autres caillots noirâtres sont enlevés. Pas de lésions macroscopiques de l'utérus.

Suture de l'utérus, points séparés et surjets; redingoté facile. L'utérus restant mou, on fait 1 cm³ d'ergotine. L'hémorragie est moyenne, mais plus forte que dans les opérations sous rachis.

Suture de la paroi par le procédé habituel. Transfusion sanguine de 350 grammes.

Suites: Pendant les six premiers jours, la température oscille entre 38° et 38°4 pour retomber à 37°4-37°6. Pas d'albumine, ni pus, ni coli dans les urines. Puis, plus tard, vers le 15^e jour, un abcès du sein fait osciller la température entre 38° et 40°; on fait à trois reprises 1 cm³, puis 2 cm³ de propidon et on incise l'abcès.

La malade est sortie sur sa demande le 15 mars.

OBSERVATION XXVII

N° 342-1934. — *Hystérectomie en bloc pour apoplexie utéro-placentaire. Guérison.*

M.. M., 34 ans, VI pare, VII geste.

Ant. héréd.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Régulée normalement depuis l'âge de 14 ans.

Ant. obst.: Cinq accouchements normaux quatre enfants normaux. Un enfant mort de méningite et de broncho-pneumonie. Un avortement de 4 mois et demi, suivi de curettage.

Gest. Act.: D. R.: 21 août 1933.

Entre dans le service le 19 février 1934, au terme de 6 mois environ. La grossesse jusque là, s'est déroulée normalement.

Ce matin, à 8 heures, la malade est prise subitement d'un étourdissement accompagné d'une violente douleur dans le ventre, en coup de poignard, sensation d'une boule abdominale tendue et douloureuse.

Une heure après, sueurs profuses, et bourdonnements d'oreilles. Fourmillements dans les doigts, sensation d'étouffement.

A 12 h. 30: Entre dans le service. Utérus trop gros pour la date de la grossesse; il semble être de 8 mois, extrêmement tendu, tétanisé et douloureux; le segment inférieur est tendu et dur également.

Pas de bruits du cœur, col en voie d'effacement.

T.: 37°9, pouls 108, T. A. au Vaquez 15-9, albumine 8 gr., état général altéré, mauvais aspect.

A 13 h. 30: Rupture artificielle des membranes, liquide abondant, d'abord clair, puis sanglant, col épais, dilatation pour 1 franc.

A 14 h. 20: Pouls à 72, tension 11.5-7.5.

Interv. à 15 h. 45: Anesthésie au chlorure d'éthyle, puis éther. Incision médiane dépassant l'ombilic, extériorisation de l'uté-

rus présentant le volume d'une grossesse de 7 mois environ. Taches ecchymotiques sur le fond et la face antérieure principalement. Ablation en masse, fermeture habituelle. Transfusion 300 grs.

Suites: 21-2: T. A. 13.5-9.5 au Vaquez: examen d'urines: album. 5 grs. Pig et acd. biliaires: 0 Urobil. excès:

23 février: albumine 1 gr., T. A. 12.5-8.5.

28 février: T. A. 11.5-8.

7 mars: Quitte le service bien portante.

Examen du fond d'œil: L'acuité visuelle est normale. Les pupilles, égales, réagissent de façon normale à la lumière et à la convergence. Pas de lésions du fond d'œil, pupilles normales (excavation physiologique très accentuée). Pas d'hémorragies, ni œdème, ni exsudats. Champ visuel normal à la main.

OBSERVATION XXVIII

N° 1195-1934. — *Césarienne vaginale. Crânioclasie pour hémorragie rétro-placentaire. Morte une demi-heure après.*

M... C..., 29 ans, 1 pare, 1 gest.

Pas de renseignements héréditaires ni personnels, la malade étant décédée peu de temps après son admission.

Gest. Act.: D. R.: 20-25 novembre 1933. Entre dans le service le 7 juillet 1934, au terme de 8 mois. Perd du sang depuis le matin.

A 9 h. 40: Contracture douloureuse de l'utérus; les bruits du cœur ne sont pas perçus. Dilatation pour cinq francs. Petit pôle mobile en bas. Les urines sont albumineuses. T. A. 12-7 au Vaquez.

A 10 h.: Le poulx est bon; début du travail. Utérus toujours très dur (dureté ligneuse). Rupture artificielle des membranes. Malgré la rupture des membranes la dilatation n'a pas progressé. Il s'est écoulé une quantité importante de liquide très sanglant.

Interv.: Sous rachianesthésie, malgré un essai de dilatation, le col reste rigide, dilaté pour cinq francs. Césarienne vaginale, sur un col élevé et que l'on ne peut abaisser. Incision sur la ligne médiane de façon à obtenir une dilatation à petite paume. Perforation du crâne aux ciseaux de Blot.

Application difficile du Basiotribe, dû à la position élevée de la tête mise en place du crânioclaste. Une première extraction arrache une partie du massif osseux. Après une seconde prise, extraction assez facile de l'enfant. Placenta complètement

décollé de 520 grs., suivi de 400 grs. de caillots noirâtres. L'utérus est absolument inerte et donne l'impression d'être de chiffons. Pas de solution de continuité, l'incision césarienne ne semble pas s'être propagée.

Au cours de ces différentes manœuvres, la femme a perdu environ 500 grs. de sang, et continue de saigner.

Tamponnement utérin très serré. Ergotine, hypophyse. Son état devient maintenant alarmant, alors que jusque là le pouls tenait bien. L'aggravation semble plus provenir du choc que de l'hémorragie.

Suites: Une demi-heure plus tard, la femme succombe avec un aspect subictérique et un pouls inexistant.

L'hémorragie a traversé tout le tamponnement et taché le lit.

OBSERVATION XXIX

N° 1762-1934. — *Césarienne basse suivie d'hystérectomie pour apoplexie utérine. Enfant mort. Guérison.*

E... F..., 41 ans, IV pare, VI gest.

Ant. héréd.: Mère décédée des suites d'un accouchement prématuré. Deux collatéraux prématurés décédés en bas âge.

Ant. pers.: Deux accouchements normaux; un enfant bien portant, l'autre décédé à 18 mois de méningite.

Un accouchement prématuré de 6 mois et demi. enfant mort-né. Deux avortements de trois mois.

Gest. Act.: D. R.: 15 février 1934. Urines albumineuses. Traitée au Bivotal depuis 2 mois, à Port-Royal.

Entre dans le service le 4 octobre 1934, au terme de 7 mois et demi.

A 4 h. 45: Les urines sont albumineuses; la femme perd un peu de sang rouge. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Col dur, dilaté pour un franc, petite tête élevée, membranes intactes. L'utérus est très dur.

On pose le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

A 13 h. 45: T. A. 16.5-9 au Pachon; pouls 90. Hauteur utérine 28 cent. Pas de bruits du cœur.

A 19 h. 50: T. A. 16.5-10.

A 23 h. 10: T. A. 19-11, pouls 100, hauteur utérine 29 cent. L'état général s'altère, quoique l'albuminurie semble diminuer.

Interv.: Laparotomie médiane sous-ombilicale; l'utérus apparaît en totalité infiltré de sang, exsudat sanguinolent intra-péritonéal. L'ablation en bloc étant malaisée, césarienne basse ra-

pide; extraction d'un garçon de 1.570 grs puis sans pratiquer la délivrance, hystérectomie subtotale en plaçant deux pinces de Museux sur l'incision utérine et en maintenant l'utérus fermé à l'aide de clamps. Suture du col et fermeture habituelle. L'enfant présentait une laxité anormale des os du crâne et un début de macération du pied droit.

Suites:

Le 5 octobre 1934: albumine 8 gr.

Le 8 octobre: albumine 0 gr. — T. A. 14.5-9.

Le 20 octobre: Quitte le service guérie.

OBSERVATION XXX

N° 423-1935. — *Hystérectomie en bloc pour apoplexie utérine.*
Guérison:

F... V..., 25 ans, I pare, I gest.

Ant. héréd.: Rien de particulier.

Ant. pers.: Réglée à 12 ans, époques toujours très douloureuses.

Gest. Act. : D.R. : 10 juin 1934.

Au cours de cette grossesse la femme a consulté à l'hôpital Saint-Maurice, et des examens d'urines pratiqués au deuxième, quatrième, septième et au début du neuvième mois n'ont jamais révélé d'albumine.

La femme entre dans le service le 14 mars 1935, à 12 h. 30, près du terme.

Elle a été prise, alors que rien ne la laissait prévoir et qu'elle se croyait bien portante, d'une violente douleur abdominale, en *coup de poignard* le 13 mars à minuit. Une heure après apparaissent des vomissements. Vers 3 heures du matin, apparition d'une hémorragie utérine, d'abondance inconnue. A partir de ce moment, se sent très faible, tendance à la syncope avant le début des accidents, la femme n'a présenté aucun prodrome.

A 12 h. 30: Femme très pâle, utérus très dur (dureté ligneuse); pas de bruits du cœur. Impossible de recueillir d'urines. Col dur, dilaté pour 50 centimes. Le toucher ramène un caillot noir.

Interv., à 12 h. 40: Anesthésie à l'éther. Grande incision dépassant l'ombilic. Il existe environ la valeur d'un verre de sang dans le péritoine. Le fond principalement, ainsi que les faces latérales, sont extrêmement congestionnées et violacées. On se décide à pratiquer l'hystérectomie sans ouverture de l'utérus.

Ligature des ligaments ronds qui sont très tendus. Les vaisseaux du pédicule utérin sont accolés au segment inférieur. Boutonnière transversale du segment sur un pli formé par deux pinces. On décalotte circulairement la tête fœtale de la coiffe formée par le segment. Fermeture du col en plusieurs plans, péritonisation, un drain dans le Douglas.

Suites: Le 15 mars: Albumine 8 gr.

Le 18 mars: Albumine 0 gr.

Le 1^{er} avril: Quitte le service bien portante.

OBSERVATIONS XXXI

N° 1733-1935. — *Césarienne basse conservatrice pour placenta praevia, compliqué d'hémorragie rétro-placentaire. Enfant mort-né. Guérison.*

G... B., 30 ans, I pare, I gest.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régée à 11 ans coliques néphrétiques.

Gest. Act.: D. R. le 15 janvier. Entre dans le service le 22 octobre à 9 heures. Grossesse à terme, présentation élevée, bruits du cœur sourds; urines normales; hémorragie moyenne; on pense à un placenta praevia.

Interv. à 10 h. 30: Césarienne basse pour placenta praevia compliqué d'hémorragie rétro-placentaire. Raché-anesthésie, très bons résultats, aucune hémorragie. Quelques vomissements au début et à la fin.

Femme grasse, bruits du cœur assez mauvais.

On arrive sur le S. I., membranes intactes; on remarque que la vascularisation est surtout intense à la partie inférieure du décollement.

Décollement suivant le procédé habituel, séreuse de bonne qualité.

Incision du segment inférieur en respectant les membranes, la plaie segmentaire; on met ainsi à jour deux régions:

1° Une région inférieure remplie de caillots;

2° Une région supérieure constituée par les membranes, à travers lesquelles on aperçoit un liquide teinté de méconium; ablation des caillots.

Rupture des membranes, extraction très pénible de la tête d'un enfant qui ne respire pas.

Délivrance par expression.

Suture en deux plans, suivant le procédé ordinaire.

L'utérus se rétracte d'une façon très vigoureuse. On signale une opération absolument exsangue.

Suites: Absolument normales; la malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION XXXII

N° 1920-1935. — *Césarienne basse conservatrice pour hémorragie rétro-placentaire, pris pour placenta praevia. Enfant vivant. Guérison.*

C... R..., 36 ans, II pare, III gest.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régée à 17 ans. Traitement anti-syphilitique pendant sa grossesse.

Ant. obst.: Un avortement de 3 mois; un accouchement prématuré de 7 mois, enfant mort.

Gest. Act.: D. R.: 13 au 16 février. Urines normales.

Le 21 novembre 1935: Cette malade est dirigée sur l'hôpital pour pertes sanguines survenues, en même temps que ses premières douleurs. Jamais saigné au cours de sa grossesse.

A 4 h. 30: A l'examen, on trouve: grossesse à terme; col long, perméable, présentation élevée; le S. I. paraît rempli par le placenta, l'utérus est souple, les bruits du cœur sont bons; l'hémorragie est arrêtée.

A 11 heures: Césarienne pour hémorragie utérine; ayant porté le diagnostic de placenta praevia. Bon état général, rachi-anesthésie. Résultats parfaits. Rétraction utérine totale rigoureuse, hémorragie absolument nulle. Incision sous-ombilicale; on arrive sur le S. I. refoulé en avant, péritoine très facilement décollable ce qui permettra d'obtenir une péritonisation largement suffisante. Incision du segment inférieur, on ne trouve pas de placenta en avant.

Membranes intactes; l'oreille apparaît à l'extérieur. Extraction manuelle, fœtus petit, né en état de mort apparente, ranimé après vingt minutes de soins. Au moment où l'on pratique l'expression, on voit sortir une grande quantité de caillots déjà anciens, ce qui prouve que le placenta était largement décollé; celui-ci vient avec une grande facilité.

L'utérus se rétracte très vivement; suture de l'utérus suivant le procédé habituel; suture du péritoine en 2 plans. On extériorise l'utérus, et on s'aperçoit:

1° Qu'il est rétracté, dur;

2° Sur le fond et la face postérieure: hémorragie interstitielle; il s'agit très certainement d'une hémorragie rétro-placentaire.

Enfant ranimé sexe féminin, pesant 3 kg. 100.

A l'examen du placenta, on s'aperçoit qu'il est inséré relativement bas avec une grosse partie des cotylédons qui était décollée. Poids du placenta 470 gr.

Suites: Absolument normales; quitte le service bien portante.

OBSERVATION XXXIII

N° 10-1936. — *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire. Enfant vivant.*

H... M..., 39 ans, VI pare, VIII gest.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Réglée à 14 ans, normalement. Convulsions entre 9 mois et 14 ans.

Ant. obst.: Cinq accouchements à terme avec enfants vivants, 3 décédés; 2 de broncho-pneumonie, 2 avortements (VI et VII geste).

Gest. Act.: D. R.: 26 avril.

Le 27 mai 1935: A peut-être fait une fausse-couche. Actuellement examen négatif.

Le 25 juin 1935: Grossesse de 2 mois.

Le 13 novembre 1935: Urines normales. Femme grasse. Utérus développé. Grossesse de 6 mois environ. Petite tête en bas. A surveiller en fin de grossesse.

Le 4 décembre 1935: Urines normales. Grossesse de 7 mois. Tête en bas, à gauche. Enfant vivant. Oedème sus-pubien. Oedème des jambes. Alimentation déchlorurée.

Le 25 décembre 1935: Urines albumineuses. Grossesse de 7 mois trois quarts. Tête élevée. Enfant vivant. Oedèmes. T. A.: 14.5-9 au Vaquez. La femme refuse de rester dans le service.

Le 2 janvier 1936: A 6 h. 15: Admission de la malade à l'hôpital. Grossesse de 8 mois. Tête mobile. Enfant vivant. Dilatation: 1 franc. Membranes rompues. Urines albumineuses. T. A. 12-7 au Vaquez.

A 8 h. 45: Accouchement naturel. Fille vivante pesant 3.800 grs. ; 5 minutes après; délivrance naturelle pesant 700 grs. On constate la présence d'un petit hématome rétro-placentaire.

Suites: Absolument normales. Le 6 janvier 1936, on pratique les réactions de Hecht-W. et Khan: négatives. Sortie 12 jours après bien portante.

OBSERVATION XXXIV

N° 308-1936. — *Hystérectomie en bloc pour hémorragie rétro-placentaire. Pas d'albumine. Guérison.*

J... T..., 28 ans, III pare, III gest.

Ant. héréd.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régulée à 14 ans.

Ant. obst.: 2 accouchements à terme; enfants bien portants.

Gest. Act.: D. R. 5 juin. Urines normales. T. A.: 11-6.

Le 18 février 1936: Grossesse de 8 mois; à 18 heures, la femme a été prise d'une hémorragie importante, en même temps elle a ressenti une douleur utérine qui n'a pas cessé jusqu'à présent; douleur intense, mais présentant plutôt l'aspect d'une *crampe* et n'était pas apparue comme un coup de poignard.

L'évolution de la grossesse a été normale jusqu'à présent.

A la *palpation*, on trouve un utérus dur comme du bois, d'une façon permanente, douloureux à la pression; hauteur utérine 33 cm. Il est impossible de reconnaître la position du fœtus; pas d'auscultation.

Au *toucher*, col permettant juste l'introduction d'un doigt. Col tendu, donnant l'impression d'un anneau en fil de fer. Segment inférieur mal formé, mais pas très tendu; la poche des eaux relativement plate est tendue, tête en bas paraissant volumineuse.

L'état général relativement bon à l'arrivée, s'altère rapidement; le poulx n'est pas hypertendu, au contraire il est dépressible et rapide. T. A.: 11-6. Temp.: 37°5.

Les urines recueillies par sondage ne contiennent pas d'albumine.

Interv.: à 21 h. 45: Hystérectomie en bloc, après extériorisation de l'utérus pour hématome rétro-placentaire.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, mais dépassant l'ombilic en haut de 3 cms.

A l'ouverture du péritoine, on explore l'utérus et on l'examine. On remarque alors qu'il présente des lésions ecchymotiques très étendues et très profondes. Elles siègent en particulier sur la face antérieure du segment inférieur, sur les deux bords, en particulier en haut, en dessous de l'insertion des trompes, montre que toute la moitié supérieure de la face postérieure est infiltrée, elle aussi.

Le péritoine pelvien est fissuré: devant l'étendue et l'intensité des lésions ecchymotiques, on juge imprudent de pratiquer une césarienne conservatrice. L'enfant étant mort, on pratique l'hy-

térectomie en bloc, après avoir extériorisé l'utérus, sans incident.

Le col est fermé par un surjet; la péritonisation est faite d'une manière tout à fait satisfaisante.

L'intervention ayant été courte, et aseptique, on ne juge pas utile de drainer.

Fermeture en 3 plans.

La pièce est conservée sans l'ouvrir. Rachi-anesthésie par-faite.

Suites: La température qui était tombée à 37° le surlendemain, de l'opération, est remontée à 38° le neuvième jour, s'y est maintenue pendant quatre ou cinq jours, allant le soir jusqu'à 38°6, puis tout rentre dans l'ordre.

20 février 1936: Urines normales; T.A.: 12-7-5 au Vaquez.

26 février 1936: Urée sanguine: 0,22 par mille.

La malade quitte le service bien portante.

OBSERVATION XXXV

N° 328-1936. — *Diagnostic rétrospectif d'hémorragie rétro-placentaire. Enfant vivant.*

S... B..., 33 ans, III pare, IV gest.

Ant. hér.: Rien à signaler.

Ant. pers.: Régliée à 17 ans, époques régulières. Amygdalectomie à 3 ans.

Ant. obst.: 2 accouchements à terme. Enfants vivants. Un avortement de deux mois.

Gest. Act.: D. R. du 13 au 17 juillet.

Le 23 octobre 1935: Grossesse de 3 mois. Un peu de salpingite gauche.

Le 12 novembre 1936: Grossesse de 7 mois. Siège. Léger excès de liquide. B. D. C. ++. Pas d'albumine.

Le 20 novembre 1936, à 23 h. 15: La femme entre dans le service pour pertes de sang rouge. Grossesse de 7 mois. Tête dans l'hypochondre droit. B. D. C. sourds. Col perméable.

Le 21 novembre 1936, à 10 h. 50: Pas de travail, col long. B. D. C. = ? Placenta praevia ?

A 16 h.: Douleurs rénales. B. D. C. +. La femme perd un peu de sang. Dilatation lenticulaire. Urines normales.

A 22 h.: Col long. Dilatation 50 centimes. On a l'impression d'avoir des B. du cœur au-dessus de l'ombilic.

Le 22 novembre 1936, à 9 h. 35: Col souple. Dilatation grande 5 francs. Petite tête en bas.

A 11 h.: Rupture artificielle des membranes. Un quart cc. d'hypophyse.

A 11 h. 10: Accouchement prématuré de 7 mois. Garçon vivant pesant 1.600 grs. Délivrance nat. pesant 320 grs. Placenta chair à saucisse. On constate la présence d'un petit hématome rétro-placentaire.

Suites: Normales. Pas d'albumine. On a fait B. W., mais le résultat n'a pas marqué. T.A.: 10-6 au Vaquez. Sortie de la femme 12 jours après l'accouchement.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence de l'hémorragie rétro-placentaire oscille entre 0,20 et 0,30 pour cent.

II. — C'est un accident qui se présente à partir du 6^e mois de la grossesse, et plus fréquemment à partir du 8^e mois.

III. — Au point de vue de la parité, serait sensiblement égal d'après nos observations.

IV. — Nous considérons trois formes cliniques dans les hémorragies rétro-placentaires :

- Les cas légers;
- Les cas moyens;
- Les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire.

V. — Nous pensons qu'il faut incriminer l'*endométrite* dans les cas légers; la *toxémie* dans les cas moyens et dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire.

Celle-ci n'est conditionnée, au début, que par un accès hypertensif, et ce n'est que par la suite qu'apparaissent les signes d'intoxication.

VI. — L'albuminurie est en général absente dans les cas légers, présente dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire, et variable dans les cas moyens, où elle peut apparaître seulement au moment du travail pour disparaître dans les heures qui suivent.

Donc, elle est inconstante et variable dans les hémorragies rétro-placentaires.

VII. — Il n'existe pas de relation entre l'importance de l'albuminurie et la gravité de l'évolution.

VIII. — La tension artérielle : il faudra la rechercher systématiquement, comme on fait pour l'albumine pendant la grossesse.

IX. — Pendant les accidents, elle est normale ou plutôt basse (hypotension), dans les cas légers ; légèrement au-dessus de la normale dans les cas moyens ; hypertension marquée dans les cas graves ou apoplexie utéro-placentaire.

X. — Elle semble être en relation indirecte avec l'abondance de la spoliation sanguine.

XI. — La numération globulaire et le taux d'hémoglobine doivent être recherchés systématiquement pendant les accidents et répétés au besoin. Il nous permettent de juger de l'état d'anémie de la malade et peuvent nous guider pour le traitement afin de les combattre (sérum ou transfusion).

XII. — Au point de vue du diagnostic, il semble que :

— Dans les cas légers, l'utérus est normal ou plus ou moins tendu, enfant vivant quelquefois, état anémique et non toxique, col en voie de dilatation.

— Dans les cas moyens, le diagnostic est beaucoup plus difficile, et en sa faveur, nous avons l'utérus tendu (pas de dureté ligneuse), l'albuminurie très variable, ainsi que la tension artérielle.

Nous tenons à signaler que, d'après notre travail, nous avons constaté que, dans ces cas, on trouve en général une dissociation entre l'albuminurie et l'hypertension ; nous pensons que ce fait mérite une étude attentive.

— Dans les cas graves, nous considérons comme signes capitaux : le teint cireux ou plombé, la dureté *ligneuse* de l'utérus, l'hypertension artérielle, l'albuminurie en quantité, ou massive, et l'atteinte très marquée de son état général.

XIII. — Le traitement doit être purement obstétrical dans les formes légères.

— chirurgical dans les formes graves.

— obstétrico-chirurgical dans les formes moyennes, dépendant du cas en présence duquel nous nous trouverons.

Vu : *Le Président de Thèse,*

BRINDEAU

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIELLO et TESSI SEITUN. — La voie haute dans le décollement prématuré du placenta avec fœtus vivant. (*La Semaine Médicale*, 4 octobre 1928, p. 886.)
- ANDERODIAS (J.). — Les hémorragies rétro-placentaires. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 juillet 1926.)
- Quelques réflexions sur l'apoplexie utéro-placentaire. (*Revue franç. de Gyn. et d'Obst.*, janv. 1928, p. 1.)
- Les hémorragies rétro-placentaires. (*La Puériculture*, n° 16, 25 mai 1935.)
- ANDERODIAS, GAUTREL et MAHON. — Sur deux cas d'apoplexie utéro-placentaire traités chirurgicalement et terminés par la mort. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1931, p. 567.)
- ANDERODIAS, LACOUTURE et MAHON. — Un cas d'apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie. Guérison. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 658.)
- ANDERODIAS et MAHON. — Torsion de 90 degrés et apoplexie d'un utérus gravide. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 499.)
- Apoplexie utérine chez une brightique. Hystérectomie. Mort le quatorzième jour d'apoplexie cérébrale. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 499.)
- AUDEBERT et ESTIENNY. — Formes bénignes de l'hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1931, p. 432.)
- AUDEBERT et FOURNIER. — Apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 552.)
- Apoplexie utéro-placentaire, hystérectomie totale sans ouverture de l'œuf. (*Gyn. et Obst.*, 1925, p. 81.)
- Les hémorragies utéro-placentaires. (*Revue franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1929, p. 465.)

- ANDUREAU (J.). — A propos de quelques cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Apoplexies utéro-placentaires. (Thèse de Paris, 1930.)
- BALARD. — La tension artérielle et le pouls dans l'hémorragie rétro-placentaire. (*Gaz. hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 50, 13 déc. 1925, p. 786.)
- BALARD et MAHON. — Conduite à tenir en présence d'une hémorragie rétro-placentaire. (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1930, p. 133.)
- BARTHOLOMEW (R.-A.). — Premature separation of the normally implanted placenta. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1929, p. 818.)
- BARTHOLOMEW and PARKER. — A possible derivation of Guanidine and Histamine in the autolysis of acute placental infarctus and their probable relation of eclamptic toxemie. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1934, p. 67.)
- BAUX. — Hémorragie rétro-placentaire. Mort par accidents toxémiques à type de choc obstétrical. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, p. 498.)
- BEGHIN. — Apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 617.)
- BERGGREEN (S.). — Contribution à la pathologie et au traitement du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Arch. men. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 49.)
- BIANCARDI. — Hémorragie utéro-placentaire. (*Ann. d'Odontologie*, 1905, p. 66.)
- BIDOIRE. — Eclampsie convulsive compliquée d'hématome rétro-placentaire sans apoplexie utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 320.)
- BOERO et SCHWARCZ. — Comentarios a proposito de tres casos de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. (*La Sem. Méd.*, 1929, p. 1618.)
- BOQUET. — Sur quelques cas de décollement du placenta normalement inséré. (*Gaz. Méd. de France*, n° 7, avril 1930.)
- BRACA (H.). — Un caso de decolamiento prematuro de placenta normalmente inserida. (*Rev. de Gyn. et de Obst.*, Rio de Janeiro, julio 1930, p. 297.)
- BRAULT. — Deux cas d'apoplexie utéro-placentaire à allure grave (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 617.)

- BRINDEAU et JEANNIN. — Hémorragie par insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur (décollement placentaire). (In *La Prat. de l'Art des Accouchements de Brindeau*, T. III, Paris, Vigot, Ed., 1927, p. 335).
- BRINDEAU et BROUHA. — Hémorragie rétro-placentaire. (In *La Prat. de l'Art des Accouchements de Brindeau*, t. III, Paris, Vigot, Ed., 1927, p. 361.)
- BROCHIEZ et BOULEZ. — A propos d'un cas d'apoplexie utéro-placentaire d'origine traumatique probable; difficultés du diagnostic. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 215.)
- BRODHEAD (G.-L.). — Accidental Hemorrhage. Raport of 34 cases. (*New-York Med. Journ.* 1927, p. 426.)
- BROUHA. — Un cas de décollement prématuré de placenta normalement inséré. (*Liège Méd.*, 26 mai 1929.)
- A propos du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Liège Méd.*, 7 avril 1935.)
- BROUHA et GOSSELIN. — Un cas de décollement prématuré de placenta normalement inséré. (*Bruxelles Méd.*, 14 avril 1929, p. 700.)
- Un cas de décollement prématuré de placenta normalement inséré. (*Bruxelles Méd.*, 19 mai 1929, p. 831.)
- BROWNE and DODDS. — Further experimental observations on the etiology of accidental hemorrhage and placental infarction. (*Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.* 1928, p. 661.)
- BUE et GERNEZ. — Considérations sur un cas d'apoplexie utéro-placentaire traité par hystérectomie. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1936, p. 379.)
- BUE et PAILLEZ. — Hystérectomie pour hémorragie rétro-placentaire au quatrième mois de la grossesse. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 622.)
- Hémorragie rétro-placentaire due à l'endométrie. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1930, p. 552.)
- BÜRGER. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Strasbourg Méd.*, 1926, p. 144.)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré et apoplexie utéro-placentaire. (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.* 1928, p. 96.)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré,

- section césarienne basse, enfant vivant. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 190.)
- BURGESS (H.-C.). — Hemorrhage in the last trimester of pregnancy. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.* 1925, p. 49.)
- CARAVEU. — Césarienne prématurée à 7 mois de gestation pour décollement du placenta normalement inséré dans un utérus biphide uni cervical. Survie de la mère et de l'enfant. (*Gyn. et Obst.* 1924, p. 184.)
- CARAVIAS (D.-E.). — Décollement prématuré du placenta normalement inséré ou décollement neuro-placentaire. (*La Sem. Méd.*, 10 mai 1928.)
- CATHALA. — A propos du traitement des hémorragies rétro-placentaires avec apoplexie utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 322.)
- CERNE (P.). — Difficultés du diagnostic dans certains cas de placenta praevia et d'hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 479.)
- CLAVERIE et AUDEBERT. — Hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 409.)
- COUINAUD (M.). — Hémorragie rétro-placentaire avec lésion du muscle utérin. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, p. 212.)
- COULARD (C.). — Un caso de apoplexia utéro-placentar. (*Rev. de Gyn. et Obst. do Brazil*, n° 11, nov. 1927.)
- COUVELAIRE (A.). — Traitement chirurgical des hémorragies utéro-placentaires avec décollement du placenta normalement inséré. (*Ann. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1901, p. 591.)
- Hémorragie rétro-placentaire. (*Rev. Pratique d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 184.)
- COY. — Contribution à l'étude de la pathologie et du traitement de l'hémorragie rétro-placentaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1934-1935.)
- DAVIS et MC GEE. — Premature separation of the normally implanted placenta. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1931, p. 768-779.)
- DEBERNARDY. — Contribution à l'étude clinique du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Thèse de Montpellier*, 1929.)

- DESNOYERS (R.). — Hémorragies rétro-placentaires et apoplexies utérines. (*Journ. d'accoucheuses*, n° 5, mai 1931.)
— De la conduite à tenir dans les hémorragies rétro-placentaires. (*La Pédiatrie Méd. franç.*, 19 déc. 1932.)
- DESNOYERS et LEJEUNE., — Une observation d'apoplexie utéro-placentaire avec fissures péritonéales. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1931, p. 30.)
- DEVRAIGNE, SUZOR et Mlle HEBERT. — Un cas d'apoplexie utéro-placentaire, hystérectomie après transfusion sanguine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 426.)
- DUBRISAY et JEANNIN. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré (Hématome rétro-placentaire), in Accouchement 8^e édit. Paris, 1936, p. 401, Lamarre édit.
- DUQUET. — De l'opération césarienne dans les cas d'hématome rétro-placentaire grave. (*Thèse de Paris*, 1908-1909.)
- DURAND et CULTY. — Deux cas de décollement total du placenta pendant la grossesse. (*Cah. de Prat. Méd.-Chir.*, n° 1, janv.-fév. 1936.)
- EPARVIER. — Récidive de décollement prématuré du placenta. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, p. 324.)
- ESSEN-MOLLER. — L'hémorragie rétro-placentaire. (*Arch. mens. d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 145.)
- FAUGERE. — Un cas d'apoplexie rétro-placentaire au début. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 498.)
- FETIS-ANGLADE et SOLAS. — Hémorragie rétro-placentaire post-traumatique. (*Rev. Presse Méd.*, 1934, p. 1706).
- FITZGIBBON (G.). — Revised conception of antepartum accidental hemorrhage. (*Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1926, p. 2.)
- FLEURENT. — Apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1936, p. 171.)
- FRAIPONT. — Fissures péritonéales du corps utérin dans les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1914, p. 200.)
- FRUHINSHOLZ et LOUYOT. — Un cas d'apoplexie utéro-placentaire avec hémorragie intra-péritonéale par fissuration. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1932, p. 287.)

- FRUHHINSHOLZ et PETROFF. — A propos de l'hémorragie rétro-placentaire. Des faits, des chiffres et hypothèses. (*Gyn. et Obst.*, juin 1936, p. 497.)
- FULCONIS. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1934, p. 210.)
- GAIFAMI (P.). — Il distacco prematuro della placenta normalmente inserta. (*C. R. du XXVI^e Congresso della Soc. Italiana di Obst. e. Gin. Roma*, déc. 1927, p. 46.)
- GATHE. — A propos de dix cas d'hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1936, p. 369.)
- GHEORGHIU. — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires. (*Thèse de Paris*, 1913-1914.)
- GIGON (Ch.). — A propos de 4 observations d'apoplexie utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1936, p. 225.)
- GINGLINGER (A.). — Au sujet des indications de l'hystérectomie dans l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gyn. et Obst.*, 1935, p. 8-18.)
- GOETHALS (T. R.). — Premature separation of placenta and statical review. (*Am. Journ. Obst. and Gyn.*, 1931, p. 101.)
- GOLDENBERG (I.-H.). — Contribution à l'étude du décollement traumatique du placenta au cours de la gestation (*Thèse de Paris* 1932).
- GONNET. — Décollement du placenta normalement inséré, césarienne, enfant vivant. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris* 1927, p. 75.)
- GONNET et DAUVERGNE. — Deux cas de décollement prématuré du placenta à forme endométrique probable. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1936, p. 78).
- GRIMARD et RICHARD. — Les lésions hémorragiques placentaires du cobaye. (*C.R. de Biol., Séance du 9 juillet* 1932).
- GUIRAUDENS (Th.). — Décollement prématuré du placenta normalement inséré par brièveté du cordon ombilical. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1932, p. 245).
- GUIROY (A.-J.). — Sur une observation d'apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 888).
- HARTEMANN. — A propos d'un cas mortel d'apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1931, p. 75).

- HARTEMANN. — Rachianesthésie dans un cas d'éclampsie avec hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 441.)
- HARRAR (J.-A.). — Accidental Hemorrhage. (*Bull. Lying in Hosp.* N. Y., 1917, p. 151.)
- HENRY (J.-R.). — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Marseille Médicale*, 5 sept. 1925.)
- HILTON and TRWIN. — Raport of a case of utero-placental apoplexy in accidental hemorrhage. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1932, p. 280.)
- HOFBAUER (J.). — Experimental studies on toxemias of pregnancy. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1926, p. 2.)
- HOFBAUER and BALTIMORE. — Undescribed type of premature separation of normally implanted placenta. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927, p. 286.)
- HOLMES (R.-W.). — Ablatio placenta. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1901, p. 753.)
 — The relationship of utero placental apoplexy to ablatio placenta. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1923, p. 517.)
- HORDEN. — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires et de leur traitement. (Thèse de Bordeaux 1930.)
- JEAN-JOSEPH. — Tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire (apoplexies génitales et apoplexies inter-utéro-placentaires). (Thèse de Paris 1935.)
- KELLOGG and FOSTER. — Premature separation of the normally implanted placenta with special reference to the kidney in these cases. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1928, p. 357.)
- KORNFELD (G.). — The conservative treatment of ablatio placenta. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1931, p. 101.)
- KURZROCK (J.). — Report of a case of toxemia of pregnancy and accidental hemorrhage, with autopsy findings. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1930, p. 111.)
- LACOMME (M.). — Hémorragies rétro-placentaires. (*Bull. méd. Suppl.* N° 3 du 21 janv. 1933.)
 — Sur le décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. (*Ann. de la Fac. franç. de méd. et de pharmacie de Beyrouth*, mars 1933, n° 2, II^e année.)
- LAFFONT et SCHEBAT. — Apoplexie utéro-placentaire chez

- une 4^e pare, enceinte de 5 mois. Hystérectomie. Mort. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, juin 1936, p. 470.)
- LAFFONT, HOUEL et JAHIER. — Deux cas d'apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie. Décès. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 833.)
- LAPORTE et PHAM. — Reproduction expérimentale de l'apoplexie utérine par action sur le système neuro-végétatif abdominal. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 427.)
- LEHMAN. — Des hémorragies rétro-placentaires. (Thèse de Paris 1898.)
- LELONG (A.). — De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. (Thèse de Paris 1902.)
- LE LORIER. — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante. (*Presse Méd.*, 1923, t. I, n° 2, p. 13.)
- Discussion sur le traitement des hémorragies rétroplacentaires avec apoplexies utérines. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 378.)
- LE LORIER et LEPAGE. — Syndrome de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Accouchement en présentation du siège. Mort au bout d'une heure avec état de choc ; autopsie : apoplexie utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 628.)
- LEVANT et PORTES. — Etude séméiologique des poulx dans l'hémorragie rétro-placentaire. (*Gyn. et Obst.*, 1923, p. 43.)
- LEVY (E.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires. (Thèse de Paris 1911.)
- LEVY et SUREAU. — Etude physiopathologique des hémorragies obstétricales. (*Rev. Presse Méd.*, n° 85, 21 oct. 1936, p. 1649.)
- LUCCIA (J.). — L'hémorragie rétro-placentaire. (*Arch. Méd. Chirg. de Province*, n° 2, fév. 1934, p. 105.)
- LUCCHETTI (G.). — Distocco precoce di placenta normalmente inserta in seguito a somministrazione intempestiva di pituitrina. (*Clin. obst. march.*, 1933, p. 156-162.)
- MAGGIES-DUHWALE. — Hémorragie par décollement du pla-

- centa normalement inséré. (*Précis d'obs.*, p. 544, 1 vol., Paris, Doin, édit., 1927.)
- MAGWOOD (S.-J.). — Abruptio Placentæ. (*The Canad. Med. Ass. Journ.*, 1926, p. 471.)
- MAHON. — Les hémorragies de la fin de la grossesse. (*Gaz. Med. du Sud-Ouest*, 15 janv. 1930.)
- Césarienne conservatrice pour apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 527.)
- Apoplexie utérine. Hystérectomie en bloc précoce. Mort. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1934, p. 724.)
- Les limites de la conservation dans l'apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1935, p. 567.)
- MESTRE (R.). — Apoplexie utéro-placentaire. (*Gyn. et Obst.*, 1926, p. 332.)
- Deux nouveaux cas d'apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 481.)
- METZGER (M.). — Des hémorragies inter-utéro-placentaires. (*Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 2^e année, 1925, p. 82.)
- Hémorragies rétro-placentaires (décollement du placenta inséré en place normale). (In *l'Accoucheur Moderne*, Paris, édit. Alcan, 1936, p. 485.)
- MONTGOMERY (T.). — Premature separation of the placenta, with special reference to the etiology of placental lesions. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1934, p. 33.)
- MORSE (A.-H.). — Premature separation of normally implanted placenta. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1918, p. 133.)
- NUBIOLA. — La placentolisis en las apoplexias utéro-placentarias. (*Rev. Española de Obst. y de Gin.*, févr. 1924, p. 183.)
- O'CONNOR (J.-W.). — Premature separation of normally implanted placenta. (*New. Engl. Journ. Med.*, 1928, p. 1248-1252.)
- PAILLIEZ et GERNEZ. — Apoplexie utéro-placentaire. Opération de Porro. Mort le 10^e jour. Reins polykystiques. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1932, p. 476.)
- PAUCOT et VAUHENVERSWYN. — Apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1929, p. 535.)

- PERY (G.). — Apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie. Mort. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1930, p. 654.)
- Hémorragie rétro-placentaire; césarienne corporeale conservatrice. Guérison. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1933, p. 525.)
- Apoplexie utérine; Hystérectomie en bloc; guérison. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 1, janv. 1936, p. 70.)
- PICARD-ORLY et LABAUT. — Apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1931, p. 336.)
- PINARD. — De l'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. (*Clin. Obst. Paris*, 1899, p. 197.)
- PINARD et VARNIER. — Décollement prématuré par brièveté du cordon du placenta normalement inséré. (*Etudes d'ant. obst.* 1892, p. 57.)
- PLAS MARTIAL. — Le traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- PLAUCHU. — Trois observations du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1927, p. 463.)
- POLAK (J.-O.). — Is cesarean section justifiable in ablatio placenta? (*Ame. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1924, p. 384.)
- Accidental hemorrhage; ablatio placenta. (*Ame. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1931, p. 218.)
- PORTES (L.). — Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- A propos de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gyn. et Obst.*, 1935, p. 665.)
- POULAIN (J.). — Hémorragie rétro-placentaire dans une grossesse de 4 mois. (*Gaz. Méd. de Picardie*, n° 132, déc. 1934.)
- RAVINA (J.). — Hémorragies rétro-placentaires traumatiques. (*La Méd.*, 1933, p. 282.)
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Décollement prématuré du placenta inséré normalement. (*In Traité d'obstétrique Paris*, Masson, édit., 1923, p. 758.)
- RIVIERE (Marc). — Contribution à l'étude des phénomènes dits de choc obstétrical. (*Thèse d'agrégation*, 1926.)
- Deux nouveaux cas d'hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 697.)

- RIVIERE (Marc). — Hémorragie et apoplexie utéro-placentaire. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20-30 sept. 1931.)
- Le diagnostic précoce des hémorragies et apoplexies utéro-placentaires. (*Presse Méd.*, 1933, p. 157.)
- Nouvelle contribution à l'étude clinique des hémorragies placentaires. (*Gyn. et Obst.*, 1935, p. 697.)
- RIVIERE et GIRAUD. — Apoplexies utéro-placentaires chez une albuminurique méconnue. Décès de la mère. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 657.)
- RIVIERE et MAHON. — Comment meurent les femmes atteintes d'apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1934, p. 212.)
- RIVIERE (Maurice), FAUGERE et GIRAUD. — Hémorragie rétro-placentaire. Enfant mort. Basiotripsie. Aulbuminerie ignorée. Décès de la mère. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 656.)
- RIVIERE (Maurice), FAVREAU et DESPONS. — Grossesse gémellaire bi-ovulaire interrompue au 6^e mois par hydramnios d'un œuf et hémorragie rétro-placentaire simple. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 359.)
- RODRIGUEZ LIMA. — Hystérectomie pour apoplexie utéro-placentaire. (*Rev. de Gyn. e Obst. do Brazil*, 1924, p. 459.)
- RODRIGUEZ LOPEZ. — Un caso de superposicion de syndromes de placenta previa y separacion prematura de placenta normalmente inserta; operacion cesariana. (*Rev. Med. Obst.*, Uruguay, 1929, p. 353-357.)
- ROCK (John). — Progress in obstetrics. (*New-Eng. Journ. of Med.*, 1932, p. 77.)
- ROSENFELD (S.). — Pregnancy and labor subsequent to abruptio placentae and utero-placental apoplexy. (*Ame. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1933, p. 911.)
- SCHOCKAERT. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré à six mois. Opération césarienne. (Soc. belge de Gyn. et d'Obst. Séance du 5 juin 1926.)
- SCOTT (R.-A.). — Premature separation of the normally implanted placentae. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, p. 450.)
- SIMONIN. — Décollement prématuré du placenta. (Soc. de Méd. du Loiret, 20 mars 1935.)

- SNCEEK et INGELBRECHT. — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Bruxelles méd.*, T. X. n° 22, p. 605.)
- TORVIN et HERRICK. — Influences of lesions on the renal system and of the cardio-vascular system on the toxæmic conditions pregnancy. (*Ame. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927, p. 943.)
- TROUPIN (A.-S.). — Premature separation of normally implanted placentae (Review of 87 cases). (*New-Engl. Journ. of Med.*, 1933, p. 351.)
- VALLOIS et ROUME. — Hémorragies rétro-placentaires. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 287.)
- VARON et CHAVEUT. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré avec apoplexie utéro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 261.)
- VARON et PIGEAUD. — Décollement partiel d'un placenta normalement inséré consécutif à une endométrite; présentation des coupes histologiques. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1928, p. 261.)
- VERGUEIRO (Moura). — Apoplexie utéro-placentaire. (*Rev. de Gyn. et d'Obst. do Brazil*, n° 2, fév. 1927.)
- VORON. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1913, p. 282.)
- VORON BAUSILLON. — Considérations anatomo-cliniques sur les formes mineures du décollement du placenta normalement inséré. (8^e Congrès de l'Ass. des Gyn. et d'Obst. de langue française, Paris. 5-7 oct. 1933. *Presse médicale*, 1933, p. 1656.)
- WALLICH (V.). — Pathogénie et prophylaxie des lésions placentaires chez les albuminuriques et les éclamptiques. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1912, p. 496.)
- L'hypertension gravidique. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1912, p. 653.)
- WELZ (W.-E.). — Ablatio-placenta. (*Ame. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1926, p. 842.)
- WILLIAMS (J.-W.). — Premature separation of the normally implanted placenta. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1915, p. 541.)
- Further observations concerning premature separation of

the normally implanted placenta. (*Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1925, p. 259.)

WILLSON. — Utero-placental apoplexy in accidental haemorrhage. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1922, p. 57.)

WING (L.-A.). — Accidental hemorrhage. (*Bull. Lying in Hosp., N.-Y.*, 1928, p. 254.)

ZARATE (E.). — Décollement du placenta normalement inséré avec éclampsie et apoplexie utéro-placentaire. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1925, p. 435.)

